

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНАМ ОПОП ВО – ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ
КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.70 ЭНДОСКОПИЯ**

Содержание

1. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Эндоскопия».....	2
2. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Симуляционный курс» для обучающихся 1 курса.....	50
3. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Симуляционный курс» для обучающихся 2 курса.....	64
4. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».....	84.
5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Педагогика».....	95
6. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций».....	106
7. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Микробиология».....	139
8. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Клиническая анатомия и оперативная хирургия».....	177
9. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Анестезиология и реаниматология».....	188
10. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Клиническая иммунология и трансфузиология».....	215
11. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Экстренная хирургия».....	233
12. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Миниинвазивная хирургия».....	238
13. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Патологическая анатомия».....	244
14. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Онкология».....	291
15. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике по эндоскопии.....	296
16. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике: неотложная помощь в эндоскопии.....	308
17. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике: эндоскопия в онкологии.....	314
18. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.70 Эндоскопия.....	321

1. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Эндоскопия»

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 программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-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 педиатрической медицинской помощи

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

УК-1 – готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

УК-2 – готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.

Не предусмотрены.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Тема №1. «Методика проведения эзофагоскопии»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Общее представление о методике эзофагоскопии
2. Показания и противопоказания
3. Осложнения
4. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание.
5. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра.
6. Биопсия. Архивирование изображения.
7. Выполнение подсобных диагностических манипуляций.
8. Лечебные манипуляции через эндоскоп.
9. Сочетанные и рентгенологические исследования
10. Ведение больного после эндоскопического исследования

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения эзофагоскопии.

Тема №2. «Методика проведения гастроскопии»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Общее представление о методике гастроскопии
2. Показания и противопоказания
3. Осложнения
4. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание.
5. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра.
6. Биопсия. Архивирование изображения.
7. Выполнение подсобных диагностических манипуляций.
8. Лечебные манипуляции через эндоскоп.
9. Сочетанные и рентгенологические исследования
10. Ведение больного после эндоскопического исследования

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения гастроскопии.

Тема №3. «Методика проведения дуодено- и холедохоскопии»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Общее представление о методике дуодено- и холедохоскопии
2. Показания и противопоказания
3. Осложнения
4. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание.
5. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра.
6. Биопсия. Архивирование изображения.
7. Выполнение подсобных диагностических манипуляций.
8. Лечебные манипуляции через эндоскоп.
9. Сочетанные и рентгенологические исследования
10. Ведение больного после эндоскопического исследования

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения дуодено- и холедохоскопии.

Тема №4. «Методика проведения ректоскопии, колоноскопии»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Общее представление о методике ректо- и колоноскопии
2. Показания и противопоказания
3. Осложнения
4. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание.
5. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра.
6. Биопсия. Архивирование изображения.
7. Выполнение подсобных диагностических манипуляций.
8. Лечебные манипуляции через эндоскоп.
9. Сочетанные и рентгенологические исследования
10. Ведение больного после эндоскопического исследования

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения ректо- и колоноскопии.

Тема №5. «Методика проведения бронхоскопии»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

- 1.Общее представление о методике бронхоскопии
- 2.Показания и противопоказания
- 3.Осложнения
- 4.Подготовка больного. Премедикация и обезболивание.
- 5.Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра.
6. Биопсия. Архивирование изображения.
- 7.Выполнение подсобных диагностических манипуляций.
- 8.Лечебные манипуляции через эндоскоп.
- 9.Сочетанные и рентгенологические исследования
- 10.Ведение больного после эндоскопического исследования

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику выполнения бронхоскопии.

Тема №6. «Методика проведения медиастино- и торакоскопии»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

- 1.Общее представление о методике медиастино- и торакоскопии
- 2.Показания и противопоказания
- 3.Осложнения
- 4.Подготовка больного. Премедикация и обезболивание.
- 5.Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра.
6. Биопсия. Архивирование изображения.
- 7.Выполнение подсобных диагностических манипуляций.
- 8.Лечебные манипуляции через эндоскоп.
- 9.Сочетанные и рентгенологические исследования
- 10.Ведение больного после эндоскопического исследования

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику выполнения медиастино- и торакоскопии.

Тема №7. «Методика проведения лапароскопии»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

- 1.Общее представление о методике лапароскопии
- 2.Показания и противопоказания
- 3.Осложнения
- 4.Подготовка больного. Премедикация и обезболивание.
- 5.Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра.
6. Биопсия. Архивирование изображения.
- 7.Выполнение подсобных диагностических манипуляций.
- 8.Лечебные манипуляции через эндоскоп.
- 9.Сочетанные и рентгенологические исследования
- 10.Ведение больного после эндоскопического исследования

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику выполнения лапароскопии.

Тема №8. «Эзофагоскопия в диагностике заболеваний пищевода»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
2. Эзофагиты.
3. ГЭРБ. Классификация.
4. Особенности пищеводно-желудочного перехода.
5. Рак пищевода: плоскоклеточный и аденокарцинома.
6. Дивертикулы.
7. Варикозное расширение вен пищевода.
8. Кардиоспазм.
9. Ожоговая стриктура.
10. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли.
11. Рак пищевода.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику выполнения эзофагоскопии при диагностике рассматриваемых в рамках занятия заболеваний.

Тема №9. «Гастроскопия в диагностике заболеваний желудка»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Эрозии и острые язвы.
2. Рак желудка.
3. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли.
4. Рак желудка.
- 5.Интраэпителиальный рак и ранний рак желудка.
6. Хирургическое и эндоскопическое определение раннего рака.
7. Классификации раннего и развитого рака желудка.
8. Карциноид желудка.
9. Опухолоподобные образования желудка.
10. Мальтома желудка. Классификация.
11. Болезни оперированного желудка.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику выполнения гастроскопии при диагностике рассматриваемых в рамках занятия заболеваний.

Тема №10.«Дуоденоскопия в диагностике заболеваний ДПК. Холедохоскопия в диагностике заболеваний желчных путей.»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Дуоденит.
2. Дивертикулы.
3. Острая язва. Рубцующаяся язва.
4. Особенности соединения желудочной и дуоденальной слизистых оболочек ГДП.
5. Особенности строения стенки ДПК.

6. Полипы и рак ДПК.
7. Папиллит.
8. Хроническая дуоденальная непроходимость.
9. Опухоли большого дуоденального сосочка.
10. Холедохолитиаз.
11. Стеноз большого дуоденального сосочка.
12. Злокачественные опухоли желчевыводящих путей.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения дуодено- и холедохоскопии при диагностике рассматриваемых в рамках занятия заболеваний.

Тема №11. «Ректоскопия и колоноскопия в диагностике заболеваний прямой и ободочной кишки.»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Геморрой.
2. Хронический колит.
3. Язвенный колит и болезнь Крона.
4. Дивертикулез.
5. Полипы:
 - аденоматозные и зубчатые. Классификации.
6. Диффузный полипоз.
7. Рак прямой и ободочной кишки.
8. Ишемический колит.
9. Эрозивно-язвенные поражения толстой кишки.
10. Неэпителиальные образования толстой кишки.
11. Спид и изменения ЖКТ.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения ректо- и колоноскопии при диагностике рассматриваемых в рамках занятия заболеваний.

Тема №12. «Бронхоскопия в диагностике заболеваний трахеи и бронхов.»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Трахеит.
2. Острый бронхит. Эндоскопическая классификация.
3. Эндоскопические признаки пневмонии.
4. Эндоскопические признаки бронхотической болезни.
5. Эндоскопические признаки абсцесса легких.
6. Доброкачественные опухоли трахеи и бронхов.
7. Злокачественные опухоли трахеи.
8. Рак легкого: периферический и центральный.
9. Диссеминированные заболевания легких.
10. Инородные тела.
11. Бронхиальный свищ.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения бронхоскопии при диагностике рассматриваемых в рамках занятия заболеваний.

Тема №13. «Торакоскопия в диагностике заболеваний легких и плевры. Медиастиноскопия в диагностике заболеваний органов переднего средостения.»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Плевриты неясной этиологии.
2. Спонтанный пневоторакс.
3. Пиопневмоторакс.
4. Опухоли плевры.
5. Пороки развития плевры.
6. Субплеврально расположенные воспалительные и опухолевые заболевания легких, грудной стенки и средостения.
7. Внутригрудные аденопатии.
8. Метастазы рака легкого в лимфатические узлы.
9. Диссеминированные легочные процессы.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения торако- и медиастиноскопии при диагностике рассматриваемых в рамках занятия заболеваний.

Тема №14. «Лапароскопия в диагностике заболеваний органов брюшной полости»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Заболевания печени.
2. Острые и хронические воспалительные заболевания органов брюшной полости.
3. Онкологические заболевания органов брюшной полости.
4. Заболевания кишечника.
5. Заболевания органов малого таза.
6. Заболевания органов забрюшинного пространства.
7. Травматические повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения лапароскопии при диагностике рассматриваемых в рамках занятия заболеваний.

Тема №15. «Местное лечение язв желудка и ДПК»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Показания и противопоказания.
2. Лекарственные препараты, используемые во время эндоскопического исследования.
3. Сроки заживления язв.
4. Лазеротерапия дуоденальных язв.
5. Эндоскопическая медикаментозная ваготомия.
6. Отдаленные результаты.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать лечение язв желудка и ДПК эндоскопическим методом.

Тема №16. «Местный гемостаз при желудочно-кишечных кровотечениях»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков.

Вопросы для устного опроса

1. Классификация кровотечений, Forrest.
2. Источники кровотечения.

3. Подготовка больных при кровотечениях из верхних отделов и нижних отделов ЖКТ.
4. Правила оказания эндоскопической помощи при ЖКТ.
5. Аппаратура и инструменты.
6. Способы эндоскопического гемостаза.
7. Осложнения.
8. Аппаратура и инструментарий.
9. Способы местного гемостаза.
10. 10.Способы эндоскопического гемостаза в зависимости от источника кровотечения.
11. Эффективность местного гемостаза.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику местного гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях эндоскопическим методом.

Тема №17. «Извлечение инородных тел из желудочно-кишечного тракта»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Классификация инородных тел.
2. Показания и противопоказания для извлечения инородных тел.
3. Осложнения.
4. Инструменты, используемые для извлечения инородных тел.
5. Способ извлечения инородных тел, в зависимости от характера предмета.
6. Ведение больного после извлечения инородного тела.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику извлечения инородных тел из желудочно-кишечного тракта эндоскопическим методом.

Тема №18. «Эндоскопическое удаление полипов и доброкачественных неэпителиальных опухолей из пищевода, желудка, ДПК, толстой кишки»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Показания и противопоказания.
2. Осложнения.
3. Предоперационное обследование.
4. Методы удаления полипа.
5. Пероральное эндоскопическое удаление неэпителиальных образований пищевода, желудка, толстой кишки.
6. Ведение больного после удаления полипов и опухолей.
7. Эндоскопический осмотр больных после удаления полипов и опухолей в отдаленном периоде.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику эндоскопического удаления полипов и доброкачественных неэпителиальных опухолей из пищевода, желудка, ДПК, толстой кишки.

Тема №19. «Лечебная холедохоскопия»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Извлечение конкрементов.
2. Полипэктомия.
3. Дилатация большого дуоденального сосочка.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику лечебной холедохоскопии.

Тема №20. «Санационная бронхоскопия»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Показания и противопоказания.
2. Осложнения.
3. Лекарственные препараты, используемые во время санации.
4. Отдаленные результаты.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику санационной бронхоскопии.

Тема №21. «Извлечение инородных тел из трахеобронхиального дерева. Эндоскопическое удаление доброкачественных и злокачественных эпителиальных и неэпителиальных опухолей из трахеобронхиального дерева»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Показания и противопоказания.
2. Осложнения.
3. Выбор инструмента, в зависимости от характера инородного тела.
4. Способ извлечения инородных тел, в зависимости от характера предмета.
5. Ведение больного после извлечения инородного тела.
6. Методика удаления опухолей.
7. Ведение больного после удаления опухоли.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику извлечения инородных тел из трахеобронхиального дерева, эндоскопическое удаление доброкачественных и злокачественных эпителиальных и неэпителиальных опухолей из трахеобронхиального дерева.

Тема №22. «Лечение стенозов пищевода, гортани и трахеи»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Показания и противопоказания.
2. Осложнения.
3. Ведение больного после рассечения стеноза.
4. Ближайшие и отдаленные результаты.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- 1.Продемонстрировать методику лечения стенозов пищевода, гортани и трахеи эндоскопическим методом.

Тема №23. «Лечебная лапароскопия»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

- 1.Различные способы дренирования желчного пузыря.
2. Дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.
3. Рассечение спаек в брюшной полости.
4. Стомирование полых органов.
5. Местный гемостаз при внутрибрюшном кровотечении.
6. Холецистэктомия.

7. Аппендэктомия.
8. Герниопластика.
9. Резекция желудка.
10. Резекция толстой кишки.
11. Экстренная лапароскопия.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику лечебной лапароскопии заболеваний в рамках рассматриваемого занятия.

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого 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. 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 материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
Тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов.
Решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Прием практических навыков	Оценка «Зачтено» выставляется если ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
	Оценка «Незачтено» выставляется если ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения.

3.Оночные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине «Эндоскопия» в форме экзамена проводится в устной форме по экзаменационным билетам по окончании каждого учебного года, т.е. всего 2 раза.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Результат аттестации	Критерии оценивания
Зачтено	С 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.
	С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий 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. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	С 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.
Не зачтено	Ответ ординатора, обнаруживающий незнание изучаемого материала, 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.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению
2. Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний
3. Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ
4. Основы здорового образа жизни, методы его формирования
5. Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний органов желудочно-кишечного тракта
6. Принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования заболеваний органов желудочно-кишечного тракта
7. Организация работы подчинённого коллектива по проведению диагностической эндоскопии в чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных

- конфликтах.
8. Принципы и организация медицинской сортировки, порядок оказания специализированной медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных конфликтах на этапах медицинской эвакуации
 9. Порядок организации медицинской эвакуации в режиме чрезвычайных ситуаций, при террористических актах и военных конфликтах
 10. Принципы организации оказания экстренной консультативной медицинской помощи, в том числе с применением информационно-телекоммуникационных технологий
 11. Клинические рекомендации по проведению диагностической эндоскопии населению в чрезвычайных ситуациях, применительно к своей специальности
 12. Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту пациентов с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта
 13. Медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики заболеваний органов желудочно-кишечного тракта у пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 14. Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Эндоскопия»
 15. Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
 16. Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
 17. Порядок организации диспансерного наблюдения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 18. Порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких
 19. Требования пожарной безопасности, охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка
 20. Основные положения законодательных и нормативно-правовых документов, регламентирующие организацию и оказание медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных конфликтах
 21. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
 22. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
 23. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких
 24. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких
 25. Принципы и методы медицинских вмешательств, в том числе эндоскопических и (или) эндосонографических, у пациентов с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
 26. Медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта у пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 27. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагоскопия, эзофагоскопия трансназальная
 28. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагогастродуоденоскопия, эзофагогастродуоденоскопия со стимуляцией желчеотделения, эзофагогастродуоденоскопия трансназальная
 29. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагогастродуоденоскопия флюоресцентная, эзофагогастродуоденоскопия с введением лекарственных препаратов
 30. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагогастроскопия, установка назоинтестинального зонда, эзофагогастроскопия трансназальная
 31. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагогастроинтестиноскопия, эзофагогастроинтестиноскопия трансназальная
 32. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - интестиноскопия, интестиноскопия одно/двухбаллонная
 33. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - тонкокишечная эндоскопия видеокапсульная
 34. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта - увеличительное эндоскопическое исследование слизистой органов желудочно-кишечного тракта, конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой органов желудочно-кишечного тракта
 35. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта - аутофлюоресцентное эндоскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта, узкоспектральное nbi-исследование органов желудочно-кишечного тракта, эндоскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта в режиме интеллектуального цветового выделения (fice), хромоскопия, контрастное исследование органов желудочно-кишечного тракта
 36. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта - доставка видеокапсулы в желудочно-кишечный тракт эндоскопическая
 37. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта - описание и интерпретация данных эндоскопических исследований с применением телемедицинских технологий
 38. Принципы и методы медицинских вмешательств, в том числе эндоскопических, у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
 39. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта - 13с-уреазный дыхательный тест на helicobacter pylori, биопсия пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой кишки с помощью эндоскопии
 40. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эндосонография панкреатобилиарной зоны, желудка, двенадцатиперстной кишки, пищевода
 41. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта восходящая папиллография фатерова сосочка, ретроградная холангиопанкреатография, литоэкстракция из холедоха
 42. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта - аноскопия, ректороманоскопия, видеоколоноскопия
 43. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - сигмоскопия, ректосигмоидоскопия, ректосигмоидоскопия с введением лекарственных препаратов
 44. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - биопсия ободочной кишки эндоскопическая, биопсия сигмовидной кишки, прямой кишки с помощью видеоэндоскопических технологий
 45. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта - увеличительное эндоскопическое исследование слизистой органов желудочно-кишечного тракта, конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой органов желудочно-кишечного тракта, аутофлюоресцентное эндоскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта
 46. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта - узкоспектральное nbi-исследование органов желудочно-кишечного тракта, эндоскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта в режиме интеллектуального цветового выделения (fice), хромоскопия, контрастное исследование органов желудочно-кишечного тракта
 47. Техника выполнения эндоскопических вмешательств -эндосонография толстой кишки, прямой кишки
 48. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта у пациентов детского возраста: видеоколоноскопия; толстокишечная эндоскопия видеокапсульная
 49. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - колоноскопия, видеоколоноскопия, колоноскопия с введением лекарственных препаратов
 50. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - толстокишечная эндоскопия видеокапсульная
 51. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - кишечного тракта восходящая папиллография фатерова сосочка, ретроградная холангиопанкреатография, литоэкстракция из холедоха
 52. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - бронхоскопия; бронхоскопия жестким бронхоскопом рентгенохирургическая; бронхоскопия, аутофлюоресцентная, бронхоскопия с использованием ультраспектрального метода
 53. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - трахеоскопия, трахеобронхоскопия; видеотрахеобронхоскопия, узкоспектральное эндоскопическое исследование гортани, трахеи и бронхов; конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой гортани, трахеи и бронхов, биопсия лимфатического узла с использованием видеоэндоскопических технологий
 54. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - биопсия лимфатического узла с использованием видеоэндоскопических технологий; биопсия тканей трахеи под контролем трахеоскопического исследования; биопсия легких при бронхоскопии, биопсия аспирационная из нижних дыхательных путей, биопсия трахен, бронхов при бронхоскопии, получение трахео-бронхиального смыва, получение фаринго-

- трахеальных аспиратов
55. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - бронхо-альвеолярный лаваж; эндотрахеальное введение лекарственных препаратов
 56. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - эндосонографическое исследование трахеи и бронхов, эндосонография средостения чреспищеводная
 57. Принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких в неотложной форме в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 58. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные): эзофагоскопия, эзофагоскопия трансназальная
 59. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные): эзофагогастродуоденоскопия, эзофагогастродуоденоскопия с введением лекарственных препаратов, эзофагогастродуоденоскопия трансназальная
 60. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные): эзофагогастроскопия, эзофагогастроскопия трансназальная
 61. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные): биопсию слизистой органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, уреазный дыхательный тест
 62. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные): хромоскопия, контрастное исследование органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, узкоспектральную эндоскопию в режимах узкого спектра света
 63. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта: колоноскопия, колоноскопия с введением лекарственных препаратов, видеоколоноскопия
 64. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта: аноскопия, ректороманоскопия
 65. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта - сигмоскопия, ректосигмоидоскопия, ректосигмоидоскопия с введением лекарственных препаратов
 66. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта биопсию слизистой органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта: эндоскопия в режимах узкого спектра света, хромоскопия, контрастное исследование органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
 67. Методы лабораторных и инструментальных исследований пациентов с заболеваниями верхнего отдела желудочно - интерпретации результатов исследований пациентов с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
 68. Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в том числе у детей
 69. Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, в том числе у детей
 70. Методы клинической и параклинической диагностики с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
 71. Заболевания верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, требующие оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах
 72. Заболевания верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, требующие оказания медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара
 73. Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
 74. Диагностика, консервативное, эндоскопическое и хирургическое лечение пациентов с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.
 75. Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых при проведении эндоскопической диагностики и лечения; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
 76. Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых для пациентов с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
 77. Методы лабораторных и инструментальных исследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации результатов исследований пациентов с заболеваниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
 78. Методы клинической и параклинической диагностики заболеваний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
 79. Заболевания и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме
 80. Заболевания и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, требующие оказания медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара
 81. Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате эндоскопических исследований у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
 82. Диагностика, консервативное, эндоскопическое и хирургическое лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта.
 83. Перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки тяжести состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов
 84. Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний, приводящих к развитию экстренных состояний
 85. Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
 86. Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких
 87. Методы лечения пациентов с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 88. Методы немедикаментозного лечения пациентов с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
 89. Техника выполнения эндоскопических и (или) эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта -эндоскопическое эндопротезирование холедоха, эндоскопическая вирсунготомия, стентирование желчных протоков под видеоэндоскопическим контролем
 90. Техника выполнения эндоскопических и (или) эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта -эндоскопическое стентирование желчных протоков при опухолевом стенозе, при стенозах анастомоза опухолевого характера под видеоэндоскопическим контролем
 91. Техника выполнения эндоскопических и (или) эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта -интервенционно-радиологическое и эндоскопическое формирование и стентирование пункционного билиодигестивного шунта при опухолевых стенозах желчевыводящих путей и с использованием специальных магнитных элементов при опухолевых стенозах желчевыводящих путей
 92. Техника выполнения эндоскопических и (или) эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта - эндоскопическая папиллэктомия, эндоскопическая антеградная папиллосфинктеротомия, эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия, эндоскопическая атипичная папиллосфинктеротомия
 93. Техника выполнения эндоскопических и (или) эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта -эндоскопическое бужирование и баллонная дилатация при опухолевом стенозе общего желчного протока под эндоскопическим контролем, эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока, эндоскопическое стентирование вирсунгова протока при опухолевом стенозе, под видеоэндоскопическим контролем
 94. Техника выполнения эндоскопических и (или) эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела

132. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - эндоскопическое стентирование при опухолевом стенозе; эндоскопическое бужирование стриктур анастомозов; эндоскопическая дилатация стриктур анастомозов
 133. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - эндоскопическая реканализация и эндопротезирование трахеи как этап комбинированного лечения; эндоскопическая реканализация и эндопротезирование бронха как этап комбинированного лечения, эндоскопическая лазерная реканализация и устранение дыхательной недостаточности при стенозирующей опухоли трахеи, при стенозирующей опухоли бронхов
 134. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - эндоскопическое электрохирургическое удаление опухоли трахеи; эндоскопическое электрохирургическое удаление опухоли бронхов; эндоскопическое электрохирургическое удаление опухоли
 135. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция опухоли бронхов; эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция новообразований нижних дыхательных путей и легочной ткани; эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция при новообразованиях трахеи
 136. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - эндоскопическая лазерная деструкция опухоли трахеи и бронхов; эндоскопическая лазерная хирургия при заболеваниях трахеи и бронхов; эндоскопическая лазерная реканализация и устранение дыхательной недостаточности при стенозирующей опухоли трахеи, бронхов
 137. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - эндоскопическая Nd:YAG лазерная коагуляция при новообразованиях трахеи; эндоскопическая лазерная коагуляция опухоли; эндоскопическая остановка кровотечения с помощью лазерной фотокоагуляции
 138. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - эндоскопическая фотодинамическая терапия новообразований верхних дыхательных путей; поднаркозная эндоскопическая фотодинамическая терапия опухоли трахеи, новообразований нижних дыхательных путей и легочной ткани, опухоли бронхов, при новообразованиях трахеи
 139. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - эндоскопическое воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани; эндобронхиальное воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением при заболеваниях нижних дыхательных путей
 140. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - эндоскопическая комбинированная операция: электрорезекция, аргоноплазменная коагуляция и фотодинамическая терапия опухоли трахеи, опухоли бронхов
- Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению

Практические навыки:

1. Эзофагогастродуоденоскопия
2. Гастроскопия
3. Дуоденоскопия
4. Ректоскопия
5. Медиастиноскопия
6. Торакоскопия
7. Бронхоскопия
8. Ригидная бронхоскопия
9. Колоноскопия
10. Ректороманоскопия
11. Холедохоскопия
12. Лапароскопия
13. Пункция (лапароцентез) брюшной полости
14. Прицельная биопсия из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов
15. Извлечение инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов ЖКТ и толстой кишки во время эндоскопического исследования
16. Местный гемостаз во время эзофагогастродуоденоскопии
17. Эндоскопическая полипэктомия
18. Эндоскопическое удаление доброкачественных опухолей из пищевода и желудка
19. Расширение и рассечение рубцовых и послеоперационных сужений пищевода
20. Палилосфинктеротомия и вирсунготомия и извлечение камней из протоков
21. Установление зонда для питания
22. Дренирование брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства
23. Удаление органов малого таза во время лапароскопии по показаниям
24. Удаление органов брюшной полости во время лапароскопии по показаниям
25. Лапаротомия
26. Ушивание лапаротомной раны
27. Ушивание перфоративной язвы
28. Оцените результаты ЭГДС
29. Оцените результаты УЗИ исследования органов брюшной полости.
30. Оценить результаты исследования биоптата почечной ткани.
31. Оценить результаты общего анализа мочи
32. Оценить результаты компьютерной томографии (КТ).
33. Оценить результаты рентгенографии грудной клетки.
34. Методика внутривенной инъекции.
35. Методика катетеризации периферической вены.
36. Методика внутримышечной инъекции.
37. Техника использования автоматического наружного дефибрилятора.
38. Техника введения желудочного зонда через нос.
39. Техника введения желудочного зонда через рот.
40. Техника промывания желудка.
41. Техника плевральной пункции.
42. Техника наложения повязки на раневую поверхность.
43. Проведение расширенной СЛР взрослому.
44. Оказание помощи при истинном утоплении.
45. Оказание помощи при синкопальном утоплении.
46. Оказание помощи при сердечной астме
47. Оказание помощи при отеке легких
48. Оказание помощи кардиогенном шоке
49. Оказание помощи при анафилактическом шоке
50. Оказание помощи при асфиксии
51. 40. зондирование желудка;
52. 41. сифонная клизма;
53. назоинтестинальная интубация;
54. аноскопия;
55. ректороманоскопия;
56. зондирование свищевых ходов;
57. проба с метиленовым синим;
58. взятие материала для цитологического, гистологического исследования
59. из прямой кишки;
60. установка зонда Блэкмора;
61. взятие материала для цитологического, гистологического исследования из печени во время операции

Операции:

1. диагностическая и лечебная лапароскопия;
2. лапароцентез;
3. трахеостомия;
4. аппендэктомия;
5. наложение гастро- и еюностомы;
6. санация и дренирование брюшной полости при перитоните;
7. наложение эпицистостомы;
8. инструментальные методы коагуляции геморроидальных узлов;
9. наложение латексных колец на внутренние геморроидальные узлы;
10. бужирование стриктуры заднего прохода;
11. экстренная лапаротомия, ушивание ран толстой кишки, резекция кишки при повреждениях;
12. наложение илеостомы;
13. наложение колостомы;
14. удаление инородных тел прямой кишки;
15. эпицистотомия.

Образец экзаменационного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра педиатрии института профессионального образования
специальность 31.08.70 «ЭНДОСКОПИЯ»
дисциплина «Эндоскопия»

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**Теоретические вопросы**

- I. Заболевания и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- II. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагогастроинтестиноскопия, эзофагогастроинтестиноскопия трансназальная

Демонстрация практических навыков

- I. Оцените результаты ЭГДС
- II. Пункция (лапароцентез) брюшной полости.

Заведующий кафедрой

_____/С.В. Мирошников

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации

_____/И.В.Ткаченко

« ____ » _____ 20 ____

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	Знать - сущность методов системного анализа и системного синтеза; понятие «абстракция», ее типы и значение.	вопросы №1-140
		Уметь - организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); проведение методического анализа дидактического материала для преподавания; выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных, несущественных; анализировать учебные и профессиональные тексты; анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; выявлять основные закономерности изучаемых объектов; прогнозировать новые неизвестные закономерности.	практические задания №1-105
		Владеть - навыками сбора, обработки информации по учебным и профессиональным проблемам; навыками выбора методов и средств решения учебных и профессиональных задач.	практические задания №1-105
2	УК-2	Знать Основные понятия в сфере организации здравоохранения и сфер их применения	вопросы №1-26
		Уметь Применять знания в рамках сферы общественного здоровья и организации здравоохранения, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	вопросы №1-140
		Владеть Основными способами организации работы учреждений здравоохранения и рамками компетентности сотрудников системы здравоохранения	вопросы №1-140, практические задания №1-105
3	ПК-5	Знать: Этапы формирования язв желудка и ДПК, показания, противопоказания к местному лечению, способы местного лечения и заживления язв; классификации желудочно-кишечных кровотечений (по Forst, клиническую и по волновой скорости), источников кровотечений, способы эндоскопического гемостаза, определение риска рецидива кровотечения; осложнения наличия инородных тел в ЖКТ, организационные вопросы, показания, инструменты и способы извлечения инородных тел в зависимости от характера предмета, а также ведение больного после извлечения инородного тела; классификации полипов, показаний и противопоказаний к полипэктомии, осложнениям полипэктомии, способов удаления полипов, подготовки к операции, послеоперационное ведение больного и контрольные эндоскопии после полипэктомии в зависимости от гистологической структуры полипа; заболевания желчных путей, способы извлечения конкрементов, полипэктомии из желчных путей, правила папиллосфинктеротомии (ПСТ) и дилатации БДС; показания и противопоказания санационной бронхоскопии, лекарственных препаратов, используемых для лечебной бронхоскопии, правил проведения санации; осложнений нахождения инородных тел в трахеи и бронхах, показаний и противопоказаний к увеличению инородных тел, использования инструментов в зависимости от характера инородного тела, выбора способа БС (ригидной или гибкой), способа обезболивания, ведение больного после извлечения инородного тела; показаний, противопоказаний и осложнений ЛС, методики осмотра брюшной полости, анатомии желчных путей различных способов дренирования желчного пузыря, брюшной полости и салниковой сумки, техники оментопексии, стомирования, ушивания перфорации полых органов. Знание показаний к лечению пневмокопических показаний, профилактики осложнений при ЛС.	вопросы №1-140
		Уметь Оценить способы местного лечения для язв желудка или 12-перстной кишки и дифференцированно подойти к их лечению; оценить противопоказания к эндоскопии при ЖКК, оформить заключение и правильно решить вопрос о выборе эндоскопического гемостаза; определить инородное тело в ЖКТ, способ его извлечения, инструменты соответственно инородному телу и дальнейшее ведение больного; определить показания и противопоказания к полипэктомии, осложнения полипэктомии, способы удаления полипов, подготовки к операции, послеоперационное ведение больного и контрольные эндоскопии после полипэктомии в зависимости от гистологической структуры полипа; определить способы извлечения конкрементов, полипэктомии из желчных путей, правила папиллосфинктеротомии (ПСТ) и дилатации БДС; определить показания и противопоказания и осложнения санационной бронхоскопии, лекарственных препаратов, используемых для лечебной бронхоскопии, отдельные результаты и частоту курсов проведения санационных бронхоскопий; правильно организовать работу эндоскопической службы по извлечению инородных тел из трахеи и бронхов, при необходимости определить противопоказания к эндоскопическому удалению, предотвратить осложнения, правильно выбрать способ БС и анестезию, инструменты, определить в дальнейшем ведение больных; организовать службу для удаления внутрипросветных образований трахеи и бронхов, соблюдать этапы эндоскопического удаления, определить способы их удаления и анестезии, предотвратить осложнения; уметь выбрать стенты для эндопротезирования бронхиального дерева и ЖКТ в зависимости от причины стеноза, определить показания к стентированию, наблюдать за больными после стентирования; провести осмотр органов брюшной полости, оценить патологию какого-либо органа брюшной полости, принять решение о способе лечения, провести соответственно операцию/дренирование желчного пузыря, брюшной полости, салниковой сумки, ушивание перфорации полого органа и др.), выявлять осложнения и провести его лечение.	практические задания №1-105
		Владеть Алгоритмом первичного обследования при профильных заболеваниях	практические задания №1-105
4	ПК-6	Знать Алгоритм обследования пациента с профильной патологией; основные и дополнительные методы обследования; классификация, этиология, патогенез, клиническую картину, методы комплексного лечения; причины ошибок и осложнений при хирургическом лечении различных нозологических форм заболеваний; методы их выявления, устранения и предупреждения; показания и противопоказания к	Вопросы №1-140

		хирургическому лечению у профильных больных.	
		<p>Уметь Интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; выбирать оптимальный вариант лечения, назначать медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждать их нежелательные побочные действия; установить показания и определить адекватную методику хирургического лечения</p>	практические задания № 1-1431-41
		<p>Владеть Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с профильной патологией, нуждающихся в оказании эндоскопической помощи - методами профилактики и лечения ошибок и осложнений, возникающих при проведении эндоскопического лечения</p>	практические задания № 1-105
5	ПК9	<p>Знать Вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни населения; принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; основы психолого-педагогической деятельности врача-эндоскописта и принципы консультирования.</p>	Вопросы № 1-140
		<p>Уметь Применять принципы психолого-педагогической деятельности в профессиональном консультировании; работать с семьей пациента, страдающего хирургическими заболеваниями; реализовывать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами и пациентами; проводить санитарно-просветительную работу среди населения с целью снижения риска инвалидизации хирургических пациентов, страдающих хроническими заболеваниями и их социальной адаптации.</p>	практические задания № 1-105
		<p>Владеть Навыками индивидуального и группового консультирования.</p>	практические задания № 1-105

ТЕСТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОСКОПИЯ»

1. Правильным определением социальной гигиены как науки является:

- (+) Социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении
- Социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения
- Социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения

2. В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы:

- (+) Физическое, социальное и психологическое благополучие
- Возможность трудовой деятельности
- Наличие или отсутствие болезней
- Наличие благоустроенного жилища

3. Общественное здоровье характеризуют все перечисленные показатели, кроме:

- (+) Трудовой активности населения
- Заболеваемости
- Инвалидности
- Демографических показателей
- Физического развития населения

4. Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все факторы, кроме:

- (+) Уровня культуры населения
- Экологических факторов среды
- Качества и доступности медицинской помощи
- Безопасных условий труда
- Сбалансированности питания

5. Национальная система социальной защиты населения из перечисленных положений включает в себя:

- (+) Социальное обеспечение в случае стойкой и временной утраты
- Трудоспособности
- Доступная медицинская помощь
- Благотворительность
- Обязательное медицинское страхование

6. Субъектами обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме:

- Фонда медицинского страхования
- Страховой организации
- (+) Органа управления здравоохранением
- Медицинского учреждения
- Гражданина

7. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет:

- (+) Средств местной администрации
- Средств государственных предприятий учреждений
- Средств частных и коммерческих предприятий и учреждений
- Средств граждан

8. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы:

- (+) Закон РФ "О медицинском страховании граждан"
- Дополнения и изменения к закону РФ "О медицинском страховании"
- Закон РФ "О санитарно-экономическом благополучии населения"
- Основы законодательства об охране здоровья граждан

9. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят все положения, кроме:

- Перечня, видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС
- Стоимости различных видов медицинской помощи

(+) Организаций добровольного медицинского страхования

- Видов платных медицинских услуг
- Дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

10. Из перечисленных позиций к лицензированию медицинского учреждения относятся:

- (+) Определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ
- Выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования
- Определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам
- Оценка степени квалификации медицинского персонала

11. Из перечисленного ниже к методам оценки качества медицинской помощи относятся:

- (+) Метод экспертных оценок

- Соответствие модели конечных результатов деятельности
 - Оценка выполнения профилактических и лечебных мероприятий
 - Анализ и оценка демографических показателей
12. Основными задачами поликлиники являются все, кроме:
- Медицинской помощи больным на дому
 - Лечебно-диагностического обслуживания населения
 - (+) Организации работ по пропаганде здорового образа жизни
 - Профилактической работы
 - Экспертизы временной нетрудоспособности
16. Задачи стационарной медицинской помощи населению включают следующие действия:
- (+) Круглосуточное медицинское наблюдение за больным
 - Квалифицированное диагностическое обследование
 - Проведение лечебных мероприятий по восстановлению здоровья и трудоспособности
 - Обеспечение синтеза лечебных и профилактических мероприятий
17. Структура больничных учреждений РФ включает все типы больниц, кроме:
- Республиканской, областной больницы
 - (+) Больницы восстановительного лечения
 - Центральной районной больницы
 - Городской многопрофильной больницы
 - Сельской участковой больницы
18. Цели и задачи службы лечебно-профилактической помощи матери и ребенку РФ включают все направления, кроме:
- Заботы о здоровье матери и ребенка
 - Обеспечения женщинам возможности максимально сочетать материнство с использованием гражданских прав
 - Обеспечения условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей
 - Разработки эффективной системы оказания медицинской помощи матери и ребенку
 - (+) Социального страхования беременной женщины и женщины-матери
19. В определение понятия "здоровье ребенка" вносят все критерии, кроме:
- Оптимального уровня достигнутого развития физического, нервно-психического, интеллектуального
 - Достаточной функциональной и социальной адаптации
 - Высокой степени сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям
 - (+) Показателей рождаемости
20. Структурными компонентами младенческой смертности в зависимости от периодов жизни являются:
- (+) Перинатальная смертность
 - Неонатальная смертность
 - Постнеонатальная смертность
 - Ранняя неонатальная
 - Поздняя неонатальная
22. Интенсификация стационарной помощи детям может быть достигнута за счет:
- (+) Использования новых современных медицинских и медико-организационных технологий
 - Организации стационаров дневного пребывания
 - Применения доктрины тотальной госпитализации
 - Создания условий для совместного пребывания детей с родителями
23. Существуют ли различия между трудовым договором и договором контракта:
- Да
 - (+) Нет
24. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы:
- (+) Диплом об окончании высшего или среднего (фармацевтического) заведения
 - Сертификат
 - Лицензия
 - Свидетельство об окончании курсов
25. В течение какого периода времени со дня издания приказа органа здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам среднего медицинского (фармацевтического) персонала:
- (+) В течение 5 лет
 - В течение 3 лет
 - В течение 7 лет
26. Запись в трудовую книжку специалиста (из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала о присвоении ему по результатам аттестации (переекспертации) квалификационной категории:
- (+) Вносится
 - Вносится не обязательно
 - Не вносится
27. Ограничение в размерах доплат работникам за совмещение ими профессий (должностей), увеличение объема работ, расширение зоны обслуживания:
- Установлено
 - (+) Не установлено
28. Медицинская деонтология - это:
- Самостоятельная наука о долге медицинских работников
 - (+) Прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики
 - Не знаю
29. Укажите, какая из перечисленных ниже характеристик медицинской этики правильная:
- Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
 - Это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
 - Это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
 - (+) Верно все вышеперечисленное
30. Соблюдение врачебной тайны необходимо:
- Для защиты внутреннего мира человека, его автономии
 - Для охраны от манипуляций со стороны внешних сил
 - Для защиты социальных и экономических интересов личности
 - Для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"
 - (+) Все перечисленное верно
31. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства:
- (+) Всегда
 - В особых случаях
 - Не всегда
32. Предметом изучения медицинской статистики являются:
- Здоровье населения
 - Выявление и установление зависимости между уровнем здоровья и факторами окружающей среды
 - Данные о сети, деятельности, кадрах учреждений здравоохранения
 - Достоверность результатов клинических и экспериментальных исследований
 - (+) Все перечисленные выше положения

34. Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются все, кроме:

- Демографических показателей
- Заболеваемости
- Инвалидности
- Физического развития

(+) Трудовой активности

35. Уровнем достоверности в медицинских статистических исследованиях является вероятность изучаемого признака, равная:

- 68%
- 90%
- 92%

(+) 95%

36. Общий показатель смертности населения исчисляется по формуле:

- (+) (число умерших за 1 год 1000) / (средняя численность населения)
- (число умерших за 1 год 1000) / (численность населения)

37. Показатель младенческой смертности исчисляется по формуле:

- (число детей, умерших до 1 года в данном календарном году 1000) / (средняя численность детского населения)

(+) (число детей, умерших до 1 года в данном календарном году 1000) / (2/3 родившихся в данном году + 1/3 родившихся в предыдущем году)

38. Показатель материнской смертности исчисляется по формуле:

- A) (+) (число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 недель после прекращения беременности 100 000 живорожденных) / (число живорожденных)
- B) (число умерших беременных после 28 недель 100 000 живорожденных) / (суммарное число беременностей после 28 недель)

39. Первичная медицинская статистическая документация необходима:

- Для регистрации изучаемого явления (например, заболеваемости с впервые в жизни диагностируемым заболеванием)
- Для оперативного управления ЛПУ
- Для выработки конкретного, обоснованного решения
- Для изучения особенностей и закономерностей состояния здоровья населения

(+) Для всего вышеперечисленного

40. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся:

- Среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении
- (+) Показатель систематичности наблюдения

- Показатель частоты рецидивов

- Полнота охвата диспансерным наблюдением

- Заболеваемость с временной утратой нетрудоспособности у состоящих на диспансерном наблюдении

41. Организация работы поликлиники характеризуется следующими данными:

- Структура посещений по специальности

- Динамика посещений, распределение посещений по виду обращений, по месяцам, дням недели, часам дня

- Объем помощи на дому, структура посещений на дому, активность врачей по помощи на дому

(+) Всеми вышеперечисленными положениями

42. Организация работы стационара включает в себя следующие показатели:

- Среднее число дней работы койки

- Среднее число занятых и свободных коек

- Оборот койки

- Средние сроки пребывания больного в стационаре

(+) Все вышеназванные показатели

43. Интенсивный показатель досуточной летальности определяется как:

- Отношение числа умерших в первые сутки к общему числу умерших в больнице

- Отношение числа умерших в первые сутки к числу поступивших в стационар

(+) Отношение числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки

44. Качество диагностики врачей поликлиники можно оценить по показателям (по таблице Е.Э.Бэна):

- Частота совпадения патологоанатомических и поликлинических диагнозов

- Процент отказов в госпитализации вследствие необоснованности направления больных поликлиникой в стационар

- Частота совпадения (или расхождения) клинического и патологоанатомического диагнозов

(+) Процент ошибочных диагнозов, процент невыявленных (просмотренных) диагнозов

- Процент неправильных диагнозов

45. Для оценки качества деятельности врача-терапевта-участкового (цехового) экспертно оцениваются:

- Каждый случай смерти на дому

- Каждый случай первичного выхода на инвалидность

- Каждый случай расхождения диагнозов поликлиники и стационара

- Каждый случай выявления больных с запущенными формами злокачественного новообразования, туберкулеза

(+) Все вышеперечисленные положения

46. Международная классификация болезней - это:

- Перечень наименований болезней в определенном порядке

- Перечень диагнозов в определенном порядке

- Перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу

(+) Система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями

- Перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

48. Минимальное количество коек в лечебном учреждении общего профиля для организации эндоскопической службы:

- Пятьсот

- Четыреста

(+) Триста

- Двести

- Сто

49. Эндоскопическая служба организуется при минимальном числе населения:

- 200 000

- 100 000

(+) 50 000

- 25 000

- 10 000

51. Для выполнения диагностической эзофагоскопии на 1 больного отводится:

- 20 минут

- 25 минут

(+) 30 минут

- 35 минут

- 40 минут

52. Для выполнения лечебной эзофагоскопии на 1 больного отводится:

- 30 минут

- 35 минут

- 40 минут

(+) 45 минут

- 50 минут

53. Для выполнения диагностической эзофагогастродуоденоскопии на 1 больного отводится:

- 40 минут
- 45 минут
- 50 минут
- (+) 55 минут
- 60 минут
- 54.Для выполнения диагностической эзофагогастродуоденоскопии при ретроградной холецистохолангиографии на 1 больного отводится:
 - 60 минут
 - 70 минут
 - 80 минут
 - (+) 90 минут
 - 100 минут
- 55.Для выполнения одной диагностической колоноскопии взрослому человеку отводится:
 - 70 минут
 - 80 минут
 - 90 минут
 - (+) 100 минут
 - 110 минут
- 56.Для выполнения одной диагностической холедоскопии взрослому человеку отводится:
 - 50 минут
 - (+) 60 минут
 - 70 минут
 - 80 минут
 - 90 минут
- 57. Для выполнения одной лечебно-диагностической эзофагоскопии взрослому человеку отводится:
 - 40 минут
 - (+) 50 минут
 - 60 минут
 - 70 минут
 - 80 минут
- 58.Для выполнения одной лечебно-диагностической эзофагогастроскопии взрослому человеку отводится:
 - 30 минут
 - 40 минут
 - (+) 60 минут
 - 70 минут
 - 80 минут
- 59.Для выполнения одной лечебно-диагностической эзофагогастродуоденоскопии взрослому отводится:
 - 40 минут
 - 50 минут
 - 60 минут
 - (+) 70 минут
 - 80 минут
- 60.Для выполнения одной лечебно-диагностической холедохоскопии взрослому человеку отводится:
 - 50 минут
 - (+) 60 минут
 - 70 минут
 - 80 минут
 - 90 минут
- 61.Для выполнения одной лечебно-диагностической бронхоскопии взрослому человеку отводится:
 - 60 минут
 - 65 минут
 - 70 минут
 - (+) 80 минут
 - 90 минут
- 62.Для выполнения одной лечебно-диагностической лапароскопии взрослому человеку отводится:
 - 90 минут
 - 100 минут
 - 110 минут
 - (+) 120 минут
 - 130 минут
- 63.Для выполнения одной диагностической бронхоскопии взрослому человеку отводится:
 - (+) 60 минут
 - 65 минут
 - 70 минут
 - 80 минут
 - 85 минут
- 64.Для выполнения одной диагностической торакоскопии взрослому человеку отводится:
 - 80 минут
 - (+) 90 минут
 - 100 минут
 - 110 минут
 - 120 минут
- 65.Для выполнения одной диагностической лапароскопии взрослому человеку отводится:
 - (+) 90 минут
 - 100 минут
 - 110 минут
 - 120 минут
 - 130 минут
- 67.Эндоскопический центр организуется при наличии:
 - Населения свыше 300 тысяч
 - Эндоскопических ставок свыше 50
 - (+) Нескольких эндоскопических отделений
 - Крупных многопрофильных больниц
 - Научно-исследовательского института
- 68.На должность заведующего эндоскопическим отделением назначается врач, имеющий:
 - Стаж работы по специальности не менее 5 лет
 - Медицинский стаж не менее 10 лет
 - Опыт работы по специальности
 - (+) Специальную подготовку по эндоскопии
 - Ни одно из перечисленных
- 69.Ворота гортани образованы:

(+) Надгортанником, верхушками черпаловидных хрящей и черпалонадгортанными складками

- Щитовидным и черпаловидными хрящами
- Перстневидным и черпаловидными хрящами
- Щитовидным и перстневидным хрящами
- Перстневидным хрящом и первым трахеальным кольцом

70. Возвратные нервы иннервируют:

- Гортань и трахею

(+) Глотку, гортань, трахею и пищевод (верхний отдел)

- Гортань и глотку
- Глотку и пищевод
- Щитовидную железу, гортань и глотку

71. В области глоточно-пищеводного перехода расположены:

- Один треугольник
- (+) Два треугольника
- Три треугольника
- Четыре треугольника
- Межмышечные треугольники отсутствуют

72. Глотка иннервируется:

- (+) IX-языкоглоточным и X-блуждающим
- V-тройничным, IX-языкоглоточным, XI-добавочным
- IX, X, XII-подъязычным
- IX, XI и XII парами
- V, IX, X-парами

73. Иннервация гортани осуществляется:

- X-блуждающим и XI-добавочным
- IX-языкоглоточным и X-блуждающим
- X-блуждающим и XII-подъязычным

(+) X-блуждающим

- IX, X и XI

74. В пищеводе выявляются физиологических сужений:

- Два
- Три
- (+) Четыре
- Пять
- Не имеется

75. Слизистая оболочка пищевода покрыта:

- Однослойным цилиндрическим эпителием
- (+) Многослойным плоским эпителием
- Однослойным призматическим эпителием
- Однослойным мерцательным эпителием
- Железистым эпителием

76. Длина пищевода у взрослого человека равна:

- 15 см
- 18-20 см
- (+) 23-25 см
- 28-30 см
- До 35 см

77. В чувствительной иннервации зева принимает участие:

- Одна пара нервов
- Две пары нервов
- (+) Три пары нервов
- Четыре пары нервов
- Пять пар нервов

78. Под слизистой оболочкой дна грушевидного кармана глотки проходит:

- Языкоглоточный нерв
- Блуждающий нерв
- Симпатический нерв
- (+) Верхний гортанный нерв
- Возвратный нерв

79. Чаще встречаются дивертикулы пищевода:

- Глоточно-пищеводные
- Эпифренальные
- (+) Бифуркационные
- Абдоминального отдела

80. В окологлоточном пространстве расположен крупный артериальный сосуд. Это:

- Верхняя щитовидная артерия
- Восходящая шейная артерия
- Внутренняя сонная артерия
- (+) Наружная сонная артерия
- Общая сонная артерия

81. "Рог" пищевода расположен на уровне:

- IV шейного позвонка
- (+) Дуги перстневидного хряща
- V шейного позвонка
- VI шейного позвонка
- Голосовых связок гортани

82. Скорость движения воздуха при вдохе наиболее высокая:

- В трахее
- В главных бронхах
- В сегментарных бронхах
- (+) В области голосовой щели гортани
- В субсегментарных бронхах

83. Дыхание резко затрудняется при параличе мышц трахеобронхиального дерева:

- Мышц мягкого неба
- (+) Мышц гортани
- Мышц сегментарных бронхов
- Мышц субсегментарных бронхов
- Мышц гортаноглотки

84. Следующие анатомические образования служат ориентиром при бронхоскопии:

- Язычок мягкого неба, небные дужки, надгортанник

(+) Язычок мягкого неба, надгортанник, голосовые связки

- Небные дужки, надгортанник, голосовые связки
- Небные дужки, надгортанник, грушевидные карманы
- Надгортанник, голосовые связки, грушевидные карманы

85.Расширение бронхов при вдохе обусловлено:

- (+) Симпатическими нервами
- Парасимпатическими нервами
- Возвратными нервами
- Диафрагмальными нервами
- Межреберными нервами

86.Бифуркация трахеи у взрослых расположена на уровне:

- (+) II ребра
- III ребра
- (+) Угла Людовика
- IV ребра

87.Наиболее крупным является:

- Верхнедолевой бронх справа
- (+) Верхнедолевой бронх слева и нижнедолевой бронх справа
- Среднедолевой бронх справа
- Нижнедолевой бронх слева

88.Самым крупным из сегментарных бронхов правого легкого является:

- Передний B3
- Медиальный B5
- Передний базальный B8
- (+) Латерально-базальный B9
- Задне-базальный B10

89.Самый крупный сегментарный бронх левого легкого:

- Верхушечно-задний B1-2
- Нижний язычковый B5
- Передний базальный B8
- Латерально-базальный B9
- (+) Задне-базальный B10

90.Корень легкого проецируется на уровне:

- II-IV ребер
- (+) III-V ребер
- IV-VI ребер
- IV-V ребер
- III-IV ребер

91.Наиболее часто способствует возникновению спонтанного пневмоторакса все перечисленное, кроме:

- Разрыв субплевральной кисты
- Разрыв врожденной или эмфизематозной буллы
- Прорыв абсцесса легкого в плевральную полость

(+) Спаечный процесс в результате перенесенного плеврита, пневмоний

92.К наиболее часто встречающимся врожденным порокам относятся:

- Гипоплазия легких
- Добавочные доли легкого
- (+) Поликистоз легких
- Слияние легочных долей
- Легочная секвестрация

93.Наиболее важными в осуществлении акта дыхания являются:

- Наружные межреберные мышцы
- Внутренние межреберные мышцы
- (+) Диафрагма

- Мышцы живота
- Все одинаково важны

94.Чаще отмечаются аномалии развития:

- В верхнедолевом бронхе слева
- В нижнедолевом бронхе слева
- В верхнедолевом бронхе справа
- (+) В среднедолевом бронхе справа
- В нижнедолевом бронхе справа

95.Анатомическими образованиями, прилежащими к пищеводу спереди непосредственно под бифуркацией трахеи, являются:

- Легочные артерии
- (+) Перикард и левое предсердие
- Легочные вены
- Перикард и правое предсердие
- Перикард и правый желудочек

96.По отношению к аорте пищевод в нижнегрудном его отделе располагается:

- Сзади от аорты
- Справа от аорты
- (+) Слева и спереди от аорты
- Правильного ответа нет

97.Истинная длина абдоминального отдела пищевода после пересечения связок блуждающих нервов и рассечения брюшины составляет:

- 1) 1-3 см
- 2) 2-4 см
- 3) 4-5 см
- 4) 5-6 см (+)
- 5) 6 и более см

98.В обеспечении нормального функционирования пищеводно-желудочного перехода принимают участие:

- Диафрагмальный жом
- Диафрагмально-пищеводная связка
- Клапан Губарева и острый угол Гиса
- Нижний пищеводный сфинктер и круглые мышечные волокна желудка

(+) Все перечисленное

99.К наиболее часто встречающимся карманам брюшины в нижнем этаже брюшной полости относятся карманы:

- В области двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба (перехода)
- Сигмовидной кишки и ее брыжейки
- (+) В области подвздошно-слепкишечного угла
- Поперечной ободочной кишки
- Нисходящей ободочной кишки

100.Пилорический жом желудка образован:

- Наружным слоем мышечной оболочки
- (+) Средним слоем мышечной оболочки
- Внутренним слоем мышечной оболочки

101.При язвенной болезни желудка чаще возникают кровотечения:

- Из левой желудочной артерии
- (+) Из правой желудочной артерии
- Из желудочно-сальниковой правой артерии
- Из желудочно-двенадцатиперстной артерии
- Из желудочно-сальниковой левой артерии

102.При язвенной болезни 12-перстной кишки кровотечения чаще всего возникают:

- Из привратниковой артерии
- Из желудочно-двенадцатиперстной
- Из желудочно-сальниковой правой
- Из поджелудочно-двенадцатиперстной верхней
- (+) Из всех перечисленных

103.Наиболее часто рак желудка локализуется:

- В кардиальном отделе
- В области дна
- В области тела
- (+) В пилорическом отделе
- В дне и теле

104.Слизистую оболочку желудка выстилает:

- Многослойный цилиндрический эпителий
- Многослойный плоский эпителий
- Однослойный плоский эпителий
- (+) Однослойный цилиндрический железистый эпителий
- Однослойный плоский неороговевающий эпителий

105.Железы желудка располагаются:

- В подслизистой оболочке
- В мышечной оболочке
- (+) В собственной пластинке слизистой оболочки
- В мышечной пластинке слизистой оболочки
- В серозной оболочке

106.Собственные железы желудка располагаются:

- В кардиальном отделе
- (+) В своде и теле желудка
- В антральном отделе
- В субкардиальном отделе
- В привратнике

107.К клеткам собственных желез желудка относятся все перечисленные, кроме:

- Главных (железистых)
- (+) Фундальных
- Перитальных (обкладочных)
- Добавочных слизистых
- Шеечных слизистых

108.В левой продольной борозде на висцеральной поверхности печени расположены:

- Воротная вена
- (+) Круглая связка печени и венозная связка (Аранциев проток)
- Нижняя полая вена
- Печеночная артерия

109.В правой продольной борозде на висцеральной поверхности печени расположены:

- Печеночная артерия
- Печеночный проток
- (+) Желчный пузырь
- Венозная связка

110.По ходу внепеченочных желчных протоков расположено:

- Два сфинктера
- Три сфинктера
- (+) Четыре сфинктера
- Пять сфинктеров
- Шесть сфинктеров

111. Наиболее часто у взрослых встречается:

- Складчатая форма 12-перстной кишки
- (+) Подковообразная форма 12-перстной кишки
- Углообразная форма 12-перстной кишки
- Кольцевидная форма 12-перстной кишки

112.Большой дуоденальный сосочек расположен:

- На границе верхней и средней трети задней стенки нисходящей части 12-перстной кишки
- На середине передне-боковой стенки нижней горизонтальной части кишки
- (+) На середине или границе средней и нижней трети внутренне-задней стенки нисходящей части
- На границе трети передне-внутренней стенки нисходящей части кишки

113.Основная функция 12-перстной кишки:

- Всасывание
- Секреторная
- В ней происходит процесс ассимиляции
- (+) В ней осуществляется переход от кислого желудочного пищеварения к кишечному
- Все перечисленные функции

114.Начало подвздошной кишки при лапароскопии определяется:

- По цвету кишки
- По изменению перистальтики
- (+) По появлению пейеровых бляшек
- По изменению диаметра кишки
- По магистральным сосудам

115.Наиболее выражены циркулярные складки Керкринга:

- (+) В 12-перстной кишке
- В начальном отделе тощей кишки
- В дистальном отделе тощей кишки
- В подвздошной кишке
- В толстой кишке

116. Важнейшими в функции тонкой кишки являются все перечисленные, кроме:

- Переваривания
- Всасывания
- Ассимиляции
- (+) Моторной и экскреторной

117. Максимально толстая кишка может абсорбировать за сутки:

- До двух литров жидкости
- До трех литров
- До четырех литров
- До пяти литров
- (+) До шести литров

118. В толще стенки ободочной кишки расположено:

- Семь непостоянных сфинктеров
- Восемь непостоянных сфинктеров
- (+) Десять непостоянных сфинктеров
- Одиннадцать непостоянных сфинктеров
- Тринадцать непостоянных сфинктеров

119. К сфинктерам ободочной кишки, имеющим выраженный анатомический субтракт, относятся все перечисленные, кроме:

- (+) Сфинктеров Бузи, Хорста и Кеннона - Бема
- Сфинктера Гирша
- Сфинктера Балли
- Сфинктера Росси - Мутье

120. К сфинктерам толстой кишки, являющимся преимущественно рефлекторными, относятся все перечисленные, кроме:

- Сфинктера Варолиуса
- Сфинктера Кеннона - Бема
- Сфинктера Паейра - Штрауса
- (+) Сфинктеров Балли и О'Берна - Пирогова - Мутье

121. Пищевые массы и кишечное содержимое при продвижении по желудочно-кишечному тракту встречают препятствие в виде герметически закрывающихся сфинктеров. Этими сфинктерами являются все перечисленные, кроме:

- (+) Нижнего пищеводного сфинктера, сфинктера Гирша и Пирогова - Мутье
- Привратника
- Баугиниевой заслонки
- Сфинктера прямой кишки

122. Прямая кишка имеет изгибы в сагитальной и фронтальной плоскостях. Во фронтальной плоскости прямая кишка имеет:

- Один изгиб
- Два изгиба
- (+) Три изгиба
- Четыре изгиба
- Пять изгибов

123. Слизистая оболочка прямой кишки образует складки, отличные в разных отделах. В зоне аноректального канала расположены:

- Поперечные
- Косые
- (+) Продольные
- Кольцевые
- Смешанные

124. Клапаны Гаустона и складки Кольрауша - это:

- Синонимы
- Совершенно различные образования
- (+) Однотипные образования

125. Складки Кольрауша и мышцы Гепнера прямой кишки (третий сфинктер прямой кишки) - это:

- (+) Синонимы
- Совершенно различные образования
- Однотипные образования

126. Внутренний сфинктер прямой кишки расположен:

- На уровне гребешковой линии
- (+) На уровне переходной складки
- Выше гребешковой линии
- Ниже линии Хилтона

127. К факторам, предрасполагающим к развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

- Генетических
- Дисфункции вегетативной нервной системы
- Приема ulcerогенных препаратов
- (+) Заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы
- Алиментарного

128. К факторам агрессии, способствующим развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

- Соляной кислоты
- (+) Муцина
- Пепсина
- Нарушения эвакуаторной функции желудка
- Дуодено-гастрального рефлюкса

129. К факторам защиты, препятствующим развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

- Нейтрализующей способности бикарбонатной щелочности
- (+) Слоя защитной слизи, увеличения количества париетальных клеток
- Регенераторной способности поверхностного эпителия
- Расстройств кровообращения

130. Острые изъязвления желудка и 12-перстной кишки развиваются после воздействия неблагоприятных факторов в течение ближайших:

- 24 часов
- 36 часов
- (+) 72 часов
- 4 суток
- 6 суток

131. Острые изъязвления, развивающиеся после обширных операций, травм, шока, локализуются преимущественно:

- (+) В дне желудка
- (+) В теле желудка
- (+) В антральном отделе
- В 12-перстной кишке

132. Язвы Курлинга преимущественно локализуются:

- В дне желудка
- (+) В теле желудка
- В антральном отделе

- В 12-перстной кишке
- Преимущественной локализации нет
- 133. Язвы Кушинга преимущественно локализуются:
 - В дне желудка
 - В теле желудка
 - В антральном отделе
 - В 12-перстной кишке
- (+) В любом отделе пищевода, желудка и 12-перстной кишки
- 134. Медикаментозные изъязвления преимущественно располагаются:
 - В дне желудка
 - В теле желудка
- (+) В антральном отделе
 - В 12-перстной кишке
 - В любом отделе желудка и 12-перстной кишки
- 135. Ведущим фактором в развитии острых изъязвлений слизистой желудка и 12-перстной кишки является:
 - Нарушение слизисто-бикарбонатного барьера
- (+) Агрессивное действие соляной кислоты и пепсина
 - Нарушение кровообращения слизистой оболочки
 - Нарушение способности быстрой репарации слизистой
 - Снижение оксигенации
- 136. Характерными особенностями болевого синдрома при язвенной болезни являются все нижеперечисленные, кроме:
 - Четкого ритма возникновения
- (+) Связи с приемом пищи, сезонности
 - Периодичности
- 137. К клиническим проявлениям хронической дуоденальной непроходимости относятся все нижеперечисленные признаки, кроме:
 - Тяжести и болей в животе
 - Горечи во рту
 - Рвоты с примесью желчи
 - Неустойчивого стула
- (+) Изжоги
- 138. Выраженность болевых ощущений определяется нижеперечисленными факторами, кроме:
 - Индивидуальной восприимчивости к боли
 - Локализации язвенного процесса
 - Возраста
- (+) Пола
 - Развития осложнений
- 139. Уменьшению болей при язвенной болезни способствует все нижеперечисленное, кроме:
 - Частого и дробного питания
 - Постельного режима
- (+) Местного применения холода
 - Рвоты на высоте болей
 - Приема антацидных препаратов
- 140. Для клинической симптоматики неосложненной язвенной болезни не характерны:
 - Боли в области левого подреберья
 - Поздняя рвота (через 2-2.5 часа после еды)
 - Изжога
 - Отрыжка, сочетающаяся со срыгиванием и саливацией
- (+) Поносы
- 141. К вариантам заживления язвенного дефекта по Каванине относится:
 - Заживление язвы, сохраняющей округлую форму
 - Заживление язвы через стадию линейной формы, перпендикулярной малой кривизне
- (+) Заживление язв, через стадию звездчатого рубца
 - Разделение язв на целующиеся
 - Заживление гигантских язв, расположенных параллельно малой кривизне желудка, через стадию линейной язвы
- 142. К системе защиты слизистой желудка от агрессивных факторов относятся все перечисленные, кроме:
 - Торможения кислотообразования посредством гастроинтестинальных гормонов
 - Образования слизи
- (+) Снижения метаболизма в покровных клетках
 - Регенерации клеток
 - Микроциркуляции
- 143. Причинами образования острых язв желудка могут быть все перечисленные, кроме:
 - Заболевания ЦНС
 - Стресса
- (+) Курения
 - Ожоговой болезни
 - Приема ulcerогенных лекарственных препаратов
- 144. К факторам, способствующим повышению кислотопродукции желудка, относятся все перечисленные, кроме:
 - Увеличения количества париетальных клеток
 - Повышения чувствительности париетальных клеток
- (+) Снижения тонуса блуждающего нерва
 - Повышения концентрации гастрин в крови
 - Повышения активности эндокринных желез
- 145. Для дисплазии характерно:
 - (+) Нормальное количество специализированных желез
 - Уменьшение количества специализированных желез
- (+) Отсутствие специализированных желез
 - Увеличение специализированных желез
 - Часть желез представлена молодыми клетками
- 146. Для клинической картины кардиоспазма не характерна:
 - Дисфагия
 - Регургитация
 - Рецидивирующие респираторные инфекции
- (+) Анорексия
 - Загрудинная боль
- 147. Клиническая картина болезни Виппля характеризуется всеми симптомами, кроме:
 - Поноса
 - Фекалии жирные, светло-серого цвета, объемистые
- (+) Значительного увеличения массы тела
 - Коликообразных болей в области пупка
 - Генерализованной аденопатии и спленомегалии

148.Различают:

- Одну степень дисплазии
- Две степени дисплазии
- (+) Три степени дисплазии
- Четыре степени дисплазии
- Пять степеней дисплазии

149.Показанием к хирургическому лечению служит:

- Легкая степень дисплазии
- Средняя степень дисплазии
- (+) Тяжелая степень дисплазии
- Нет показаний

150.Гастрин - это гормон, который продуцируется:

- (+) Антральным отделом желудка
- Дном желудка
- 12-перстной кишкой
- Бруннеровыми железами
- Поджелудочной железой

151.Анатомической основой гастроэзофагеального сфинктера является:

- Диафрагма
- Диафрагмально-пищеводная связка
- Угол Гисса
- Кардия

(+) Ни один из перечисленных выше

152.Причина развития ахалазии:

- Стресс
- (+) Отсутствие ауэрбаховского сплетения
- Желудочно-пищеводный рефлюкс
- Все, перечисленное выше
- Ничего из перечисленного выше

153.При лечении синдрома Мэллори - Вейса предпочтительно:

- Зонд Блэкмора
- Антациды
- Экстренная операция
- Охлаждение желудка

(+) Электрокоагуляция дефекта

154.Значительное повышение сывороточной амилазы характерно для:

- Паротита
- (+) Панкреатита
- Тонкокишечной непроходимости
- Рака поджелудочной железы
- Пенетрирующей язвы 12-перстной кишки

155.Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является:

- (+) Рак желудка, язвенная болезнь
- Мышечная гипертрофия привратника
- Пропалс слизистой желудка через привратник
- Доброкачественные полипы желудка

156.Наименьшее количество крови, вызывающее мелену, равно:

- 25 мл
- (+) 60 мл
- 100 мл
- 250 мл
- 500 мл

157.После прекращения желудочно-кишечного кровотечения скрытая кровь в кале может обнаруживаться в течение максимум:

- 5 дней
- 1 недели
- 2 недель
- (+) 3 недель
- 5 недель

158.Гастрин влияет на деятельность следующих органов, кроме:

- Желудка
- Поджелудочной железы
- Тонкой кишки
- Печени

(+) Толстой кишки

159.Эрозивный гастрит может быть вызван применением всех препаратов, кроме:

- Стероидных гормонов
- Салицилатов
- (+) Резерпина
- Цитостатиков
- Этанолола

160.Для перфорации острой язвы желудка характерны все симптомы, кроме:

- Боли в животе
- Напряжения передней брюшной стенки
- (+) Усиленной перистальтики кишечника
- Боли в надплечье
- Рвоты

161.О пенетрации язвы свидетельствуют все перечисленные симптомы, кроме:

- Усиления боли
- (+) Ослабления боли
- Иррадиации боли в спину
- Болей по ночам
- Изменения ритмичности болей

162.Органическое заболевание, сопровождающееся изжогой:

- (+) Язва 12-перстной кишки, скользящая диафрагмальная грыжа
- Язва желудка
- Параэзофагеальная грыжа
- Гастрит

163.Стимулятором секреции соляной кислоты в желудке является:

- (+) Гастрин
- Секретин

- Глюкагон
 - Кинины
 - Простогландины
164. Выделение гастрина стимулируется всем нижеперечисленным, кроме:
- (+) Ацидификации антрального отдела
 - щелачивания антрального отдела
 - астяжения антрального отдела
 - Стимуляции блуждающего нерва
 - Гистамина
165. Истинная ахлоргидия часто встречается при указанных ниже заболеваниях, кроме:
- (+) Пернициозной анемии детей
 - Пернициозной анемии взрослых
 - Болезни Менетрие
 - Атрофического гастрита
 - Рака желудка
166. Прогноз при желудочно-кишечном кровотечении коррелирует:
- С размерами язвы
 - С локализацией язвы
 - (+) С количеством потерянной крови
 - С возрастом больного
 - С полом
167. Диарея как следствие хирургической операции на желудке по поводу язвенной болезни наиболее вероятно связана:
- С типом анастомоза
 - С величиной резекции
 - (+) С ваготомией
 - С тяжестью язвенной болезни
 - С уровнем кислотности
168. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка чаще всего является следствием:
- Язвы анастомоза
 - (+) Недостаточного гемостаза в процессе операции
 - Невыявленной язвы
 - Нарушения гемостаза
 - Травмы при интубации
169. Синдром приводящей петли проявляется:
- Рецидивом язвы
 - Дисфагией
 - (+) Рвотой желчью, болью в верхней половине живота, облегчаемой рвотой
170. Массивные желудочно-кишечные кровотечения редко являются следствием:
- Варикозного расширения вен пищевода
 - (+) Рефлюкс-эзофагита
 - Эрозивного гастрита
 - Язвы желудка
 - Язвы 12-перстной кишки
171. Развитию синдрома Мэллори - Вейса способствует:
- Язвенная болезнь
 - (+) Алкоголизм
 - Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
 - Рак желудка
 - Лимфома желудка
172. Симптомы гиповолемии появляются, когда кишечное кровотечение превышает:
- 100 мл
 - 300 мл
 - (+) 500 мл
 - 750 мл
 - 1000 мл
173. Когда пептическая язва осложняется желудочно-кишечным кровотечением, то боль:
- Усиливается
 - (+) Исчезает
 - Иррадирует в спину
 - Сосредоточивается в пупочной области
 - Характер боли не меняется
174. Наиболее информативным методом исследования при невыявленной гепатомегалии является:
- Скенирование
 - Ангиография
 - Лапароскопия
 - (+) Биопсия печени
 - Ферментные тесты
175. Зуд при желтухе связан:
- С билирубином
 - (+) С солями желчи
 - С лецитином
 - С фосфолипидами
 - С щелочной фосфатазой
176. Наиболее частый клинический признак цирроза печени:
- Пальпируемая печень
 - Желтуха
 - (+) Асцит
 - Периферические отеки
 - Сосудистые звездочки
177. Наиболее распространенные симптомы, вызванные грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, являются следствием:
- Нарушения прохождения пищи по пищеводу
 - Расширения пищевода
 - (+) Рефлюкса кислого содержимого желудка в пищевод
 - Спазма пищевода
 - Ничего из перечисленного
178. Наилучшим методом диагностики язвы анастомоза является:
- Ангиография
 - Рентгенография
 - (+) Эндоскопия
 - Исследование кислотности

- Скенирование

179. Наиболее распространенная доброкачественная опухоль тонкого кишечника - это:

(+) Аденома

- Липома

- Фиброма

- Ангиома

- Миома

180. Диагноз болезни Вилля может быть поставлен на основании:

- Характерной клинической картины заболевания

- Макроскопической картины слизистой оболочки тонкой кишки

(+) Биопсии тонкой кишки

- Биопсии печени

- Биопсии желудка

181. Печень взрослого человека в среднем весит:

- 500 г

- 750 г

- 1000 г

(+) 1500 г

- 2000 г

182. Демпинг-синдром может наблюдаться во всех случаях, кроме:

- У здоровых лиц

- После ваготомии с пилоропластикой

- После ваготомии с резекцией желудка

- После резекции 75% желудка

(+) После операции на толстой кишке

183. Наименьшей абсорбирующей функцией слизистой тонкой кишки обладают:

(+) Микроворсинка

- Бокаловидная клетка

- Цилиндрическая клетка

- Тела Гольджи

- Ворсинка

184. К гистологическим данным, которые указывают на улучшение в течении язвенного колита, относятся все, кроме:

- Появления островков регенерации

- Исчезновения крипт-абсцессов

- Снижения васкуляриности

- Восстановления бокаловидных клеток

(+) Увеличения лимфоцитарной инфильтрации подслизистого слоя

185. Гистологические данные, позволяющие дифференцировать болезнь Крона и язвенный колит:

- Крипт-абсцессы

(+) Саркоидные гранулемы в подслизистом слое

- Псевдополипы

- Диффузное воспаление слизистой

- Атрофия слизистой

186. Сходную с болезнью Крона морфологическую картину имеют заболевания:

- Язвенный колит

- Ишемический колит

(+) Туберкулез толстой кишки

- Эозинофильный энтероколит

- Псевдомембранозный колит

187. При болезни Крона симптомы раннего поражения наблюдаются:

- В слизистой

- В подслизистой

(+) В лимфатических узлах

- В капиллярах

- В серозе

188. Для болезни Крона характерно все нижеперечисленное, кроме:

- Это предраковое заболевание

- Носит наследственный характер

(+) Встречается в любом возрасте

- Имеет широкое географическое распространение

189. Распространенный симптом болезни Крона:

- Лихорадка

- Боль

(+) Диарея

- Слабость

- Анорексия

190. Диарея, вызванная болезнью Крона:

(+) Редко бывает более 5 раз в день

- Обычно в стуле - гной, кровь, слизь

- Обычно связана с тенезмами

- Боль отсутствует

- Похожа на холеру

191. Крайне редкое осложнение болезни Крона:

- Внутренние свищи

- Наружные свищи

- Прикрытые перфорации

(+) Перфорация в свободную брюшную полость

- Абсцесс брюшной полости

192. Изменения слизистой при болезни Крона похожи:

- На язвенный колит

(+) На амебиаз

- На шигеллез

- На полипоз

- На брюшной тиф

193. В большинстве случаев рецидив болезни Крона после операции наблюдается:

(+) В течение года

- В течение 2-3 лет

- В течение 5 лет

- В течение 10 лет

- Ничего из перечисленного

194. При кишечной форме туберкулеза чаще поражается:

- Пищевод
- Желудок
- (+) Тощая кишка
- Червеобразный отросток
- Прямая кишка

195. Основными симптомами кишечной непроходимости являются все нижеперечисленные, кроме:

- Боли
- (+) Поноса
- Рвоты
- Вздутия живота
- Задержки стула и газов

196. Кишечную инвагинацию характеризуют все симптомы, кроме:

- (+) Запоров
- Диареи
- Инфильтрата брюшной полости
- Выделения из прямой кишки крови и слизи
- Болезненных позывов на дефекацию

197. Правая половина ободочной кишки кровоснабжается:

- Из селезеночной артерии
- (+) Из верхней брыжеечной артерии
- Из нижней брыжеечной артерии
- Из левой ободочной кишки
- Из срамной артерии

198. Сегмент ободочной кишки, в котором абсорбируется меньше всего воды:

- Слепая кишка
- Восходящая кишка
- Поперечная ободочная кишка
- (+) Нисходящая кишка
- Сигмовидная кишка

199. В норме барий поступает в слепую кишку через:

- 1 час
- 2 часа
- (+) 4 часа
- 8 часов
- 12 часов

200. Сегмент толстой кишки, где находятся фекальные массы:

- Слепая кишка
- Сигмовидная кишка
- Нисходящая кишка
- (+) Поперечная ободочная кишка
- Прямая кишка

201. Позыв на дефекацию возникает при:

- Сокращении наружного анального сфинктера
- Сокращении внутреннего анального сфинктера
- Повышении давления в сигмовидной кишке
- (+) Повышении давления в прямой кишке
- Сокращении прямой кишки

202. Термин "долихоколон" используется при описании ободочной кишки, которая:

- Петлистая
- Укорочена
- Не прикреплена к брыжейке
- Удвоена
- (+) Удлинена

203. При долихоколон больные жалуются:

- На боль в спине
- На частый стул
- На быстрое насыщение
- На вздутие живота

(+) На запоры начиная с рождения

204. Лица с долихоколон предрасположены:

- К инвагинации
- (+) К завороту кишки
- К злокачественным новообразованиям
- К выпадению прямой кишки
- К полипам

205. При мегакалон отмечается:

- Гипертонус нисходящей ободочной кишки
- Атония толстой кишки
- (+) Аганглиоз
- Атрезия ануса
- Отсутствие внутреннего ректального сфинктера

206. Симптом, часто наблюдающийся при психогенном мегакалон и редко при болезни Гиршпрунга:

- Запор
- Понос
- Вздутие живота
- (+) Недержание кала
- Начало заболевания в детстве

207. В норме в кале встречаются все нижеперечисленные энзимы, кроме:

- (+) Пепсина
- Амилазы
- Липазы
- Трипсина
- Мальтазы

208. pH кала в нормальных условиях:

- а) 2.2-3.5
- б) 3.8-4.5
- в) 5.0-6.2
- г) 6.8-7.3 (+)
- д) 7.5-8.2

209. Слизь, выделяющаяся при акте дефекации, характерна всем перечисленным, кроме:

- Не бывает в нормальном стуле
- (+) Микроскопически имеет характерную уникальную структуру
- Чаще наблюдается при слабом и водянистом стуле
- Мембранная слизь обычно характерна для функциональных или нейрогенных нарушений
- Может выделяться из тонкой кишки

210. Данные сигмоскопии при синдроме раздраженной толстой кишки:

- Дилатация ампулы прямой кишки
- Разрыхленность слизистой прямой кишки
- (+) Сегментарный спазм сигмовидной кишки
- Поверхностные изъязвления
- Инфильтрация слизистой

211. Эндоскопическая картина шигеллеза похожа:

- На амебиаз
- На сальмонеллез
- На гранулематозный колит
- (+) На неспецифический язвенный колит
- На дивертикулит

212. Для псевдомембранозного колита характерно:

- Высокая температура
- Боли в животе
- Понос
- (+) Стафилококк в мазке кала
- Наличие специфических изменений при гистологическом исследовании слизистой прямой кишки

213. Дивертикулез толстой кишки чаще поражает:

- Прямую кишку
- (+) Сигмовидную кишку
- Нисходящую кишку
- Поперечную ободочную кишку
- Слепую кишку

214. Частыми симптомами при дивертикулезе ободочной кишки являются все перечисленные, кроме:

- Запора
- Болей в животе
- Метеоризма
- (+) Диареи
- Отсутствия болезненности при пальпации живота

215. Заболевание ободочной кишки, которое трудно дифференцировать с раком толстой кишки:

- Язвенный колит
- Болезнь Крона
- Амебный колит
- (+) Дивертикулит
- Полипы размером до 2 см

216. К антибиотикам, обладающим как бактерицидным, так и бактериостатическим действием на микробную флору, относятся:

- Канамицин
- Клафоран
- (+) Ванкомицин
- Карбенициллин
- Доксциллин

245. К факторам, предрасполагающим к развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

- Генетических
- Дисфункции вегетативной нервной системы
- Приема ulcerогенных препаратов
- (+) Заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы
- Алиментарного

246. К факторам агрессии, способствующим развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

- Соляной кислоты
- (+) Муцина
- Пепсина
- Нарушения эвакуаторной функции желудка
- Дуодено-гастрального рефлюкса

247. К факторам защиты, препятствующим развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

- Нейтрализующей способности бикарбонатной щелочности
- (+) Слоя защитной слизи, увеличения количества париетальных клеток
- Регенераторной способности поверхностного эпителия
- Расстройств кровообращения

248. Острые изъязвления желудка и 12-перстной кишки развиваются после воздействия неблагоприятных факторов в течение ближайших:

- 24 часов
- 36 часов
- (+) 72 часов
- 4 суток
- 6 суток

249. Острые изъязвления, развивающиеся после обширных операций, травм, шока, локализуются преимущественно:

- (+) В дне желудка
- (+) В теле желудка
- (+) В антральном отделе
- В 12-перстной кишке

250. Язвы Курлинга преимущественно локализуются:

- В дне желудка
- (+) В теле желудка
- В антральном отделе
- В 12-перстной кишке
- Преимущественной локализации нет

251. Язвы Кушинга преимущественно локализуются:

- В дне желудка
- В теле желудка
- В антральном отделе
- В 12-перстной кишке
- (+) В любом отделе пищевода, желудка и 12-перстной кишки

252. Медикаментозные изъязвления преимущественно располагаются:

- В дне желудка

- В теле желудка
 - (+) В антральном отделе
 - В 12-перстной кишке
 - В любом отделе желудка и 12-перстной кишки
253. Ведущим фактором в развитии острых изъязвлений слизистой желудка и 12-перстной кишки является:
- Нарушение слизисто-бикарбонатного барьера
 - (+) Агрессивное действие соляной кислоты и пепсина
 - Нарушение кровообращения слизистой оболочки
 - Нарушение способности быстрой репарации слизистой
 - Снижение оксигенации
254. Характерными особенностями болевого синдрома при язвенной болезни являются все нижеперечисленные, кроме:
- Четкого ритма возникновения
 - (+) Связи с приемом пищи, сезонности
 - Периодичности
255. К клиническим проявлениям хронической дуоденальной непроходимости относятся все нижеперечисленные признаки, кроме:
- Тяжести и болей в животе
 - Горечи во рту
 - Рвоты с примесью желчи
 - Неустойчивого стула
 - (+) Изжоги
256. Выраженность болевых ощущений определяется нижеперечисленными факторами, кроме:
- Индивидуальной восприимчивости к боли
 - Локализации язвенного процесса
 - Возраста
 - (+) Пола
 - Развития осложнений
257. Уменьшению болей при язвенной болезни способствует все нижеперечисленное, кроме:
- Частого и дробного питания
 - Постельного режима
 - (+) Местного применения холода
 - Рвоты на высоте болей
 - Приема антацидных препаратов
258. Для клинической симптоматики неосложненной язвенной болезни не характерны:
- Боли в области левого подреберья
 - Поздняя рвота (через 2-2.5 часа после еды)
 - Изжога
 - Отрыжка, сочетающаяся со срыгиванием и саливацией
 - (+) Поносы
259. К вариантам заживления язвенного дефекта по Каванье относится:
- Заживление язвы, сохраняющей округлую форму
 - Заживление язвы через стадию линейной формы, перпендикулярной малой кривизне
 - (+) Заживление язв, через стадию звездчатого рубца
 - Разделение язв на целующиеся
 - Заживление гигантских язв, расположенных параллельно малой кривизне желудка, через стадию линейной язвы
260. К системе защиты слизистой желудка от агрессивных факторов относятся все перечисленные, кроме:
- Торможения кислотообразования посредством гастроинтестинальных гормонов
 - Образования слизи
 - (+) Снижения метаболизма в покровных клетках
 - Регенерации клеток
 - Микроциркуляции
261. Причинами образования острых язв желудка могут быть все перечисленные, кроме:
- Заболевания ЦНС
 - Стресса
 - (+) Курения
 - Ожоговой болезни
 - Приема ulcerогенных лекарственных препаратов
262. К факторам, способствующим повышению кислотопродукции желудка, относятся все перечисленные, кроме:
- Увеличения количества париетальных клеток
 - Повышения чувствительности париетальных клеток
 - (+) Снижения тонуса блуждающего нерва
 - Повышения концентрации гастрина в крови
 - Повышения активности эндокринных желез
263. Для дисплазии характерно:
- (+) Нормальное количество специализированных желез
 - Уменьшение количества специализированных желез
 - (+) Отсутствие специализированных желез
 - Увеличение специализированных желез
 - Часть желез представлена молодыми клетками
264. Для клинической картины кардиоспазма не характерна:
- Дисфагия
 - Регургитация
 - Рецидивирующие респираторные инфекции
 - (+) Анорексия
 - Загрудинная боль
265. Клиническая картина болезни Виппля характеризуется всеми симптомами, кроме:
- Поноса
 - Фекалии жирные, светло-серого цвета, объемистые
 - (+) Значительного увеличения массы тела
 - Коликообразных болей в области пупка
 - Генерализованной аденопатии и спленомегалии
266. Различают:
- Одну степень дисплазии
 - Две степени дисплазии
 - Три степени дисплазии
 - (+) Четыре степени дисплазии
 - Пять степеней дисплазии
267. Показанием к хирургическому лечению служит:
- Первая степень дисплазии
 - Вторая степень дисплазии
 - Третья степень дисплазии

(+) Четвертая степень дисплазии

- Нет показаний

268.Гастрин - это гормон, который продуцируется:

(+) Антральным отделом желудка

- Дном желудка

- 12-перстной кишкой

- Бруннеровыми железами

- Поджелудочной железой

269.Анатомической основой гастроэзофагеального сфинктера является:

- Диафрагма

- Диафрагмально-пищеводная связка

- Угол Гисса

- Кардия

(+) Ни один из перечисленных выше

270.Причина развития ахалазии:

- Стресс

(+) Отсутствие ауэрбаховского сплетения

- Желудочно-пищеводный рефлюкс

- Все, перечисленное выше

- Ничего из перечисленного выше

271.При лечении синдрома Мэллори - Вейса предпочтительно:

- Зонд Блэкмора

- Антациды

- Экстренная операция

- Охлаждение желудка

(+) Электрокоагуляция дефекта

272.Значительное повышение сывороточной амилазы характерно для:

- Паротита

(+) Панкреатита

- Тонкокишечной непроходимости

- Рака поджелудочной железы

- Пенетрирующей язвы 12-перстной кишки

273.Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является:

(+) Рак желудка, язвенная болезнь

- Мышечная гипертрофия привратника

- Пропалс слизистой желудка через привратник

- Доброкачественные полипы желудка

274.Наименьшее количество крови, вызывающее мелену, равно:

- 25 мл

(+) 60 мл

- 100 мл

- 250 мл

- 500 мл

275.После прекращения желудочно-кишечного кровотечения скрытая кровь в кале может обнаруживаться в течение максимум:

- 5 дней

- 1 недели

- 2 недель

(+) 3 недель

- 5 недель

276.Гастрин влияет на деятельность следующих органов, кроме:

- Желудка

- Поджелудочной железы

- Тонкой кишки

- Печени

(+) Толстой кишки

277.Эрозивный гастрит может быть вызван применением всех препаратов, кроме:

- Стероидных гормонов

- Салицилатов

(+) Резерпина

- Цитостатиков

- Этанолола

278.Для перфорации острой язвы желудка характерны все симптомы, кроме:

- Боли в животе

- Напряжения передней брюшной стенки

(+) Усиленной перистальтики кишечника

- Боли в надплечье

- Рвоты

279.О пенетрации язвы свидетельствуют все перечисленные симптомы, кроме:

- Усиления боли

(+) Ослабления боли

- Иррадиации боли в спину

- Болей по ночам

- Изменения ритмичности болей

280.Органическое заболевание, сопровождающееся изжогой:

(+) Язва 12-перстной кишки, скользящая диафрагмальная грыжа

- Язва желудка

- Параэзофагеальная грыжа

- Гастрит

281.Стимулятором секреции соляной кислоты в желудке является:

(+) Гастрин

- Секретин

- Глюкагон

- Кинины

- Простогландины

282.Выделение гастрина стимулируется всем нижеперечисленным, кроме:

(+) Ацидификации антрального отдела

- щелачивания антрального отдела

- астяжения антрального отдела

- Стимуляции блуждающего нерва

- Гистамина

283. Истинная хлоргидия часто встречается при указанных ниже заболеваниях, кроме:

- (+) Пернициозной анемии детей
- Пернициозной анемии взрослых
- Болезни Менетрие
- Атрофического гастрита
- Рака желудка

284. Прогноз при желудочно-кишечном кровотечении коррелирует:

- С размерами язвы
- С локализацией язвы
- (+) С количеством потерянной крови
- С возрастом больного
- С полом

285. Диарея как следствие хирургической операции на желудке по поводу язвенной болезни наиболее вероятно связана:

- С типом анастомоза
- С величиной резекции
- (+) С ваготомией

- С тяжестью язвенной болезни
- С уровнем кислотности

286. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка чаще всего является следствием:

- Язвы анастомоза
- (+) Недостаточного гемостаза в процессе операции
- Невыявленной язвы
- Нарушения гемостаза
- Травмы при интубации

287. Синдром приводящей петли проявляется:

- Рецидивом язвы
- Дисфагией
- (+) Рвотой желчью, болью в верхней половине живота, облегчаемой рвотой

288. Массивные желудочно-кишечные кровотечения редко являются следствием:

- Варикозного расширения вен пищевода
- (+) Рефлюкс-эзофагита
- Эрозивного гастрита

- Язвы желудка
- Язвы 12-перстной кишки

289. Развитию синдрома Мэллори - Вейса способствует:

- Язвенная болезнь
- (+) Алкоголизм
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Рак желудка
- Лимфома желудка

290. Симптомы гиповолемии появляются, когда кишечное кровотечение превышает:

- 100 мл
- 300 мл
- (+) 500 мл
- 750 мл
- 1000 мл

291. Когда пептическая язва осложняется желудочно-кишечным кровотечением, то боль:

- Усиливается
- (+) Исчезает
- Иррадирует в спину
- Сосредоточивается в пупочной области
- Характер боли не меняется

292. Наиболее информативным методом исследования при невыявленной гепатомегалии является:

- Скенирование
- Ангиография
- Лапароскопия
- (+) Биопсия печени
- Ферментные тесты

293. Зуд при желтухе связан:

- С билирубином
- (+) С солями желчи
- С лецитином
- С фосфолипидами
- С щелочной фосфатазой

294. Наиболее частый клинический признак цирроза печени:

- Пальпируемая печень
- Желтуха
- (+) Асцит

- Периферические отеки
- Сосудистые звездочки

295. Наиболее распространенные симптомы, вызванные грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, являются следствием:

- Нарушения прохождения пищи по пищеводу
- Расширения пищевода
- (+) Рефлюкса кислого содержимого желудка в пищевод
- Спазма пищевода
- Ничего из перечисленного

296. Наилучшим методом диагностики язвы анастомоза является:

- Ангиография
- Рентгенография
- (+) Эндоскопия
- Исследование кислотности
- Скенирование

297. Наиболее распространенная доброкачественная опухоль тонкого кишечника - это:

- (+) Аденома
- Липома
- Фиброма
- Ангиома
- Миома

298. Диагноз болезни Вилля может быть поставлен на основании:

- Характерной клинической картины заболевания

- Макроскопической картины слизистой оболочки тонкой кишки

(+) Биопсии тонкой кишки

- Биопсии печени

- Биопсии желудка

299. Печень взрослого человека в среднем весит:

- 500 г

- 750 г

- 1000 г

(+) 1500 г

- 2000 г

300. Демпинг-синдром может наблюдаться во всех случаях, кроме:

- У здоровых лиц

- После ваготомии с пилоропластикой

- После ваготомии с резекцией желудка

- После резекции 75% желудка

(+) После операции на толстой кишке

301. Наименьшей абсорбирующей функцией слизистой тонкой кишки обладают:

(+) Микроворсинка

- Бокаловидная клетка

- Цилиндрическая клетка

- Тела Гольджи

- Ворсинка

302. К гистологическим данным, которые указывают на улучшение в течении неспецифического язвенного колита, относятся все, кроме:

- Появления островков регенерации

- Исчезновения крипт-абсцессов

- Снижения васкуляризации

- Восстановления бокаловидных клеток

(+) Увеличения лимфоцитарной инфильтрации подслизистого слоя

303. Гистологические данные, позволяющие дифференцировать болезнь Крона и неспецифический язвенный колит:

- Крипт-абсцессы

(+) Саркоидные гранулемы в подслизистом слое

- Псевдополипы

- Диффузное воспаление слизистой

- Атрофия слизистой

304. Сходную с болезнью Крона морфологическую картину имеют заболевания:

- Неспецифический язвенный колит

- Ишемический колит

(+) Туберкулез толстой кишки

- Эозинофильный энтероколит

- Псевдомембранозный колит

305. При болезни Крона симптомы раннего поражения наблюдаются:

- В слизистой

- В подслизистой

(+) В лимфатических узлах

- В капиллярах

- В серозе

306. Для болезни Крона характерно все нижеперечисленное, кроме:

- Это предракое заболевание

- Носит наследственный характер

(+) Встречается в любом возрасте

- Имеет широкое географическое распространение

307. Распространенный симптом болезни Крона:

- Лихорадка

- Боль

(+) Диарея

- Слабость

- Анорексия

308. Диарея, вызванная болезнью Крона:

(+) Редко бывает более 5 раз в день

- Обычно в стуле - гной, кровь, слизь

- Обычно связана с тенезмами

- Боль отсутствует

- Похожа на холеру

309. Крайне редкое осложнение болезни Крона:

- Внутренние свищи

- Наружные свищи

- Прикрытые перфорации

(+) Перфорация в свободную брюшную полость

- Абсцесс брюшной полости

310. Изменения слизистой при болезни Крона похожи:

- На язвенный колит

(+) На амебиаз

- На шигеллез

- На полипоз

- На брюшной тиф

311. В большинстве случаев рецидив болезни Крона после операции наблюдается:

(+) В течение года

- В течение 2-3 лет

- В течение 5 лет

- В течение 10 лет

- Ничего из перечисленного

312. При кишечной форме туберкулеза чаще поражается:

- Пищевод

- Желудок

(+) Тощая кишка

- Червеобразный отросток

- Прямая кишка

313. Основными симптомами кишечной непроходимости являются все нижеперечисленные, кроме:

- Боли

(+) Поноса

- Рвоты
- Вздутия живота
- Задержки стула и газов

314. Кишечную инвагинацию характеризуют все симптомы, кроме:

- (+) Запоров
- Диареи
- Инфильтрата брюшной полости
- Выделения из прямой кишки крови и слизи
- Болезненных позывов на дефекацию

315. Правая половина ободочной кишки кровоснабжается:

- Из селезеночной артерии
- (+) Из верхней брыжеечной артерии
- Из нижней брыжеечной артерии
- Из левой ободочной кишки
- Из срамной артерии

316. Сегмент ободочной кишки, в котором абсорбируется меньше всего воды:

- Слепая кишка
- Восходящая кишка
- Поперечная ободочная кишка
- (+) Нисходящая кишка
- Сигмовидная кишка

317. В норме барий поступает в слепую кишку через:

- 1 час
- 2 часа
- (+) 4 часа
- 8 часов
- 12 часов

318. Сегмент толстой кишки, где находятся фекальные массы:

- Слепая кишка
- Сигмовидная кишка
- Нисходящая кишка
- (+) Поперечная ободочная кишка
- Прямая кишка

319. Позыв на дефекацию возникает при:

- Сокращении наружного анального сфинктера
- Сокращении внутреннего анального сфинктера
- Повышении давления в сигмовидной кишке
- (+) Повышении давления в прямой кишке
- Сокращении прямой кишки

320. Термин "долихоколон" используется при описании ободочной кишки, которая:

- Петлистая
- Укорочена
- Не прикреплена к брыжейке
- Удвоена
- (+) Удлинена

321. При долихоколон больные жалуются:

- На боль в спине
- На частый стул
- На быстрое насыщение
- На вздутие живота

(+) На запоры начиная с рождения

322. Лица с долихоколон предрасположены:

- К инвагинации
- (+) К завороту кишки
- К злокачественным новообразованиям
- К выпадению прямой кишки
- К полипам

323. При мегаколон отмечается:

- Гипертонус нисходящей ободочной кишки
- Атония толстой кишки
- (+) Аганглиоз
- Атрезия ануса

- Отсутствие внутреннего ректального сфинктера

324. Симптом, часто наблюдающийся при психогенном мегаколон и редко при болезни Гиршпрунга:

- Запор
- Понос
- Вздутие живота
- (+) Недержание кала
- Начало заболевания в детстве

325. В норме в кале встречаются все нижеперечисленные энзимы, кроме:

- (+) Пепсина
- Амилазы
- Липазы
- Трипсина
- Мальтазы

326. pH кала в нормальных условиях:

- а) 2.2-3.5
- б) 3.8-4.5
- в) 5.0-6.2
- г) 6.8-7.3 (+)
- д) 7.5-8.2

327. Слизь, выделяющаяся при акте дефекации, характерна всем перечисленным, кроме:

- Не бывает в нормальном стуле
- (+) Микроскопически имеет характерную уникальную структуру
- Чаще наблюдается при слабом и водянистом стуле
- Мембранная слизь обычно характерна для функциональных или нейрогенных нарушений
- Может выделяться из тонкой кишки

328. Данные сигмоскопии при синдроме раздраженной толстой кишки:

- Дилатация ампулы прямой кишки
- Разрыхленность слизистой прямой кишки

(+) Сегментарный спазм сигмовидной кишки

- Поверхностные изъязвления
- Инфильтрация слизистой

329.Эндоскопическая картина шигеллеза похожа:

- На амебиаз
- На сальмонеллез
- На гранулематозный колит

(+) На неспецифический язвенный колит

- На дивертикулит

330.Для псевдомембранозного колита характерно:

- Высокая температура
- Боли в животе
- Понос

(+) Стафилококк в мазке кала

- Наличие специфических изменений при гистологическом исследовании слизистой прямой кишки

331.Дивертикулез толстой кишки чаще поражает:

- Прямую кишку

(+) Сигмовидную кишку

- Нисходящую кишку
- Поперечную ободочную кишку
- Слепую кишку

332.Частыми симптомами при дивертикулезе ободочной кишки являются все перечисленные, кроме:

- Запора
- Болей в животе
- Метеоризма

(+) Диарей

- Отсутствия болезненности при пальпации живота

333.Заболевание ободочной кишки, которое трудно дифференцировать с раком толстой кишки:

- Язвенный колит

- Болезнь Крона

- Амебный колит

(+) Дивертикулит

- Полипы размером до 2 см

363.Показаниями к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки являются все перечисленные, исключая:

- Безуспешность консервативной терапии
- Наличие вокруг язвы фиброзного кольца
- Наличие вокруг язвы нависающих краев

(+) Гигантские язвы (свыше 3 см)

- Скопление в полости язвы продуктов распада

364.Эндоскопическое лечение язвенной болезни наименее эффективно при локализации язвы:

(+) В кардии

- В теле желудка

- В антральном отделе

- В пилорическом канале

- В луковице 12-перстной кишки

365.Местное эндоскопическое лечение целесообразно при язвах размерами:

(+) До 2.5 см, глубиной до 0.5 см

- До 1 см, глубиной до 1 см

- До 5 см, глубиной до 0.5 см

- До 0.5 см, глубиной до 0.2 см

- При любых размерах

366.Противопоказаниями к местному лечению язв являются все перечисленные, кроме:

(+) Длительно существующих язв

- Тяжелого общего состояния больного

- Нарушения свертываемости крови

- Подозрения на малигнизацию язвы

- Язвы, превышающие в диаметре 2.5 см и глубиной более 0.5 см

367.Противопоказанием к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки является:

- локализация за углом желудка

(+) Подозрение на малигнизацию

- Глубина более 0.2 см

- Длительно существующая язва

- Перифокальное воспаление вокруг язвы

368.Характер местного лечения зависит от всех перечисленных факторов, за исключением:

- Размеров язвы

(+) Локализации язвы

- Характера краев язвы

- Характера дна язвы

- Изменений окружающей слизистой оболочки

369.Задачи эндоскопического метода лечения язвенной болезни включают все перечисленное, за исключением:

(+) Способствовать заживлению язвы эпителизацией, а не рубцеванием

- Уточнения диагноза

- Отмены лекарственных препаратов, дающих нежелательные последствия

- Проведения лечения без отрыва от трудовой деятельности

- Сокращения сроков временной нетрудоспособности

370.Основное назначение масляных аппликаций состоит:

- В очищении язвы от некротических масс

(+) В защите грануляций от повреждения желудочным соком

- В профилактике кровотечений

- В противовоспалительном действии

- В дезинфицирующем действии

371.Количество масла, необходимое для однократной аппликации составляет:

(+) 5-10 мл

- 0.5 мл

- 3-4 мл

- 20-25 мл

- 100 мл

372.Наиболее ценным маслом при местном лечении язв является:

- Масло шиповника

- Вазелиновое масло

- Персиковое масло
- Оливковое масло
- (+) Облепиховое масло

373. К пленкообразующим средствам, используемым при местном лечении язв, относятся все перечисленные, кроме:

- Клея МК-6
- Клея МК-7
- Лифузолия
- (+) Феракрила
- Статизоля

374. Наилучшим аппаратом для местного лечения язв луковицы 12-перстной кишки, осложненных рубцовой деформацией пилородуоденальной зоны, является:

- Д-3
- К-2
- (+) Р-2
- К
- Q-10

375. Методы местного лечения язвенной болезни включают все перечисленное, исключая:

- Удаление из язвы некротических масс и фибрина
- Ликвидацию склерозированного фиброзного края
- (+) Введение сосудосуживающих препаратов в края язвы
- Введение антибиотиков для подавления микрофлоры в периульцерозной зоне
- Местное введение лекарственных средств, стимулирующих регенерацию тканей

376. К методам лечения язвенной болезни относятся все перечисленные, за исключением:

- Аппликации веществ, защищающих поверхность язвы от вредного воздействия окружающей среды
- (+) Промывания желудка с добавлением лекарственных препаратов
- Блокады нервных окончаний

- Блокады вагальных стволов на протяжении
- Растяжения стенозированных рубцовым или воспалительным процессом участков пищеварительного тракта

377. Удаление некротических масс и фибрина из полости язвы возможно всеми перечисленными методами, за исключением:

- Промывания раствором гидрокарбоната натрия
- Воздействия ферментами
- Механического удаления щеткой
- Механического удаления щипцами
- (+) Орошения язвы масляным раствором

378. Объем жидкости, необходимый для промывания язвы, составляет:

- 10 мл
- (+) 30-50 мл
- 100 мл
- 500 мл
- До 1 л

379. К методам, способствующим уменьшению перифокального воспаления, относятся все перечисленные, кроме местного введения:

- Антибиотиков
- Кортикостероидов
- Салицилатов
- Антисептиков
- (+) Оксиферрискарбона

380. Антибиотики при местном лечении язв:

- (+) Вводятся в подслизистый слой из 2-3 точек
- Вводятся в подслизистый слой из 1 точки
- Наносятся на поверхность язвы
- Применяются для промывания язвы
- Вводятся в мышечный слой из 2-3 точек

381. Для местного лечения язв применяются все перечисленные антибиотики, кроме:

- Канамицина
- (+) Пенициллина
- Цепорина
- Метилциллина
- Мономицина

382. Для местного лечения язв применяются все перечисленные антисептики, кроме:

- Перекиси водорода
- Спирта
- (+) 2% раствора соды
- Колларгола
- Фурацилина

383. Однократная доза гидрокортизона при местном эндоскопическом лечении язв желудка составляет:

- 5% - 10 мл
- 3% - 5 мл
- 1% - 10 мл
- (+) 1% - 5 мл
- 0.1% - 2 мл

391. К задачам, которые необходимо решить при эндогастродуоденоскопии по поводу желудочно-кишечного кровотечения, относятся все перечисленные, исключая:

- Есть или нет кровотечения на момент осмотра и его интенсивность
- Определить причину кровотечения
- При остановившемся кровотечении определить, имеется ли угроза его рецидива
- Исключить наличие источника кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта

(+) Определение объема возможной кровопотери

392. Эндоскопический метод остановки кровотечения целесообразно применять при всех перечисленных случаях кровотечения, исключая:

- (+) Рецидив кровотечения из хронической язвы желудка или 12-перстной кишки
- Язвенное кровотечение у больных с высоким риском хирургического вмешательства
- Кровотечение из острых язв и эрозий
- Кровотечение из доброкачественных или злокачественных опухолей в остром периоде
- Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода - в остром периоде

393. Противопоказаниями к эндоскопическому способу остановки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, кроме:

- Агонального состояния больного
- Невозможности увидеть источник кровотечения (деформация, стеноз)
- Массивного поступления крови, заливающей источник кровотечения и смотровое окно эндоскопа
- (+) Кровотечения из злокачественной опухоли

- Рецидивного кровотечения из дна глубокой язвы 12-перстной кишки

394. Для остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта применяются все перечисленные методы, исключая:

- Коагуляцию источника кровотечения токами высокой частоты или лазерным излучением
- Введение склерозирующих и сосудосуживающих растворов

- Нанесение пленкообразующих веществ
- (+) Аппликацию масла облепихи или шиповника
- Локальное воздействие холодовыми агентами
- 395. Наиболее эффективным методом остановки кровотечения из расширенных вен пищевода является:
- Пероральный антисептический биологический тампон
- Эндоскопическая электрокоагуляция
- Нанесение клеевой пленки
- (+) Использование баллонного зонда типа Блекмора
- Лазерная фотокоагуляция
- 396. Метод эндоскопического склерозирования флeбэктазий пищевода и кардиального отдела желудка был предложен:
- И.Т. Ватюниным в 1967 г
- К.К. Вода в 1965 г
- (+) Грэндфордом и Фрэнком в 1939 г
- Хюнгом в 1969 г
- Денком в 1971 г
- 397. Склерозирующий раствор при кровотечениях из флeбэктазий пищевода вводится:
- В просвет варикозно расширенной вены в области разрыва
- (+) В просвет варикозно расширенной вены на 2-3 см выше и ниже места разрыва
- На поверхность слизистой в области разрыва
- В толщу слизистой в области разрыва
- В мышечный слой стенки пищевода в области разрыва
- 398. Эндоскопическое исследование позволяет выявить источник кровотечения:
- В 100% случаев
- (+) В 95% случаев
- В 90% случаев
- В 85% случаев
- В 80% случаев
- 399. Эндоскопическими признаками кровотечения при мезентериальном тромбозе являются все перечисленные, исключая:
- Сгустков крови в желудке нет
- Кровь в желудке имеет вид мясных помоев
- Дефектов на слизистой оболочке желудка и 12-перстной кишки не обнаруживается
- (+) На слизистой оболочке 12-перстной кишки острые эрозии
- После отсасывания крови из 12-перстной кишки отмечается вновь ее поступление из дистальных отделов
- 400. Основными противопоказаниями к применению диатермокоагуляции являются:
- Артериальное кровотечение
- (+) Невозможность четко осмотреть источник кровотечения
- Наличие большого свисающего тромба, прикрывающего источник кровотечения
- (+) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- 401. Предпочтение диатермокоагуляции хирургическому методу лечения отдается:
- При синдроме Мэллори - Вейса
- При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода - в остром периоде
- При кровотечении из полипов желудка
- (+) При массивном артериальном кровотечении из дуоденальной язвы
- При кровотечении из острых язв или эрозий желудка
- 402. Методические особенности эндогастродуоденоскопии (ЭГДС) при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода включают все перечисленное, исключая:
- Минимальная инсульфияция воздуха
- Использование для смыва катетера
- Использование шприцевого смыва
- (+) Отмывание тромба через катетер ледяной водой
- Эндоскоп дистальнее обнаруженного тромба над варикозным узлом - не проводится
- 403. Обязательными этапами подготовки больного с кровотечением к лечебно-диагностической эндоскопии являются все перечисленные, кроме:
- Катетеризации центральной вены
- Определения группы крови и резус-фактора
- Промывания желудка, перфузии ледяной водой
- Премедикации и местной анестезии глотки
- (+) Рентгеноскопии желудка
- 404. Осложнениями склеротерапии при введении склерозирующего раствора в мышечный слой стенки пищевода является:
- Острый эзофагит
- Кардиоспазм
- Перфорация пищевода
- (+) Некроз терминального отдела пищевода
- Усиление кровотечения из варикозно расширенных вен
- 405. Вероятность развития перфорации полого органа при электрокоагуляции зависит от всего перечисленного, исключая:
- (+) Характер источника кровотечения
- Локализацию источника кровотечения
- Способ диатермокоагуляции (моно- или биактивной)
- Мощность электрокоагулятора
- Продолжительность воздействия
- 406. Профилактические меры против попадания пленкообразующих веществ на оптические стекла и канал эндоскопа предусматривают все перечисленные, за исключением:
- Катетер должен выступать из канала эндоскопа на 3-5 см
- (+) Катетер должен выступать из канала эндоскопа на 1-2 см
- Промывание катетера спиртом, не вынимая из канала эндоскопа
- Катетер извлекают вместе с эндоскопом, промывают, очищают и только затем извлекают из канала
- Каналы эндоскопа промывают спиртом
- 407. Моноактивный способ электрокоагуляции целесообразен:
- При разрыве слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода
- При кровотечении из острой язвы желудка
- При кровотечении из эрозии желудка
- (+) При массивном кровотечении из язвы или опухоли желудка
- При коагуляции тромбированного сосуда при остановившемся кровотечении
- 408. Биактивный метод коагуляции показан при всех перечисленных причинах кровотечения, кроме:
- Кровотечения из разрыва слизистой кардиального отдела желудка
- Кровотечения из острых язв
- Кровотечения из эрозий
- Кровотечения из глубоких разрывов слизистой оболочки пищеварительно-желудочного перехода
- (+) Кровотечения при бластоматозном поражении желудка
- 409. Методика диатермокоагуляции включает все перечисленное, кроме:
- Предварительного удаления крови и сгустков
- Коагуляции ткани, расположенной рядом с кровоточащим сосудом

(+) Непосредственной коагуляции сосуда

- Диатермокоагуляция выполняется серией коротких включений тока высокой частоты
- Сочетанного обдувания струей воздуха и промывания источника кровотечения

410. Глубина распространения коагуляционного некроза при электрокоагуляции области источника зависит от всего перечисленного, кроме:

- Способа диатермокоагуляции (моноактивный, биактивный)

(+) Площади коагуляционного некроза

- Локализации источника кровотечения
- Продолжительности воздействия
- Степени давления электрода на слизистую

411. Максимальная продолжительность непрерывной диатермокоагуляции составляет:

- 1 с
- (+) 2-3 с
- 5-6 с
- 7-8 с
- 10 с

412. Впервые попытку остановки желудочно-кишечного кровотечения через эндоскоп путем термического воздействия предпринял:

- Блаквуд и соавт. в 1971 г

(+) Юмане и соавт. в 1970 г

- Витт и Юбл в 1971 г
- Пари в 1974 г
- Демлинг в 1973 г

413. При эндогастродуоденоскопии по поводу желудочного кровотечения выявлено: кровотечение в настоящий момент отсутствует, его источник покрыт большим свисающим тромбом. В этом случае целесообразно:

- Динамическое наблюдение

(+) Диатермокоагуляция источника кровотечения

- Прицельное промывание источника кровотечения ледяной водой
- Нанесение пленкообразующего препарата
- Дальнейшее лечение не требуется

414. Наиболее рациональными методами эндоскопического лечения при кровотечениях из глубоких язв желудка и 12-перстной кишки являются все перечисленные, исключая:

- Диатермокоагуляцию или лазерную коагуляцию
- Прицельное промывание источника кровотечения ледяной водой
- Нанесение аэрозольных пленкообразующих препаратов
- Орошение холодовыми агентами

(+) Наложение клипс

415. К эндоскопическим признакам устойчивого гемостаза относятся все перечисленные, кроме:

- Отсутствия свежей крови в желудке и 12-перстной кишке
- Наличия плотно фиксированного тромба
- Отсутствия видимой пульсации сосудов в области источника кровотечения

(+) Четко видимого тромбированного сосуда на дне язвы

- Тромба на дне язвы, имеющего белесоватый цвет

416. Оптимальным методом эндоскопической остановки кровотечения из полипа является:

- Введение сосудосуживающих препаратов в основание полипа
- Нанесение пленкообразующих веществ
- Электрокоагуляция

(+) Электроэксцизия

- Местное охлаждение хлорэтилом

417. Оптимальным методом остановки кровотечения из распадающихся опухолей желудка является:

- Промывание желудка ледяной водой
- Местное введение сосудосуживающих препаратов
- Нанесение пленкообразующих веществ
- Местное охлаждение хлорэтилом

(+) Аргано-плазменная коагуляция

418. Для усиления гемостаза при промывании желудка при желудочно-кишечном кровотечении может применяться все перечисленное, за исключением:

(+) Ферракрила

- Ляписа
- Колларгола
- Танина
- Тромбина

419. Для склерозирования флебэктазий пищевода используются все перечисленные препараты, кроме:

(+) Гентопласта

- Варикоцида
- Вистарина
- Дондрена
- Этоксисклерола

420. Длительность промывания желудка водой не должна превышать:

- 10-20 мин
- (+) 20-30 мин
- 30-40 мин
- 40-50 мин
- 50-60 мин

421. При нанесении медицинского клея пленка обычно сохраняется в течение:

- 1-2 ч
- 6-8 ч
- (+) 12-24 ч
- 3 суток
- 10 суток

422. Наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза является:

- Обкалывание источника кровотечения кровоостанавливающими препаратами
- Аппликация пленкообразующих полимеров

(+) Аргано-плазменная коагуляция

- Криовоздействие
- Орошение гемостатическими препаратами

423. Контрольное эндоскопическое исследование после первого сеанса склеротерапии проводится через:

- 12-24 ч
- (+) 5-7 дней
- 10 дней
- 1 месяц
- 2 месяца

424. Операционный гастроскоп был создан:

- Гейлером в 1941 г
- Хеннингом в 1939 г
- Шиндлером в 1932 г
- (+) Бенедиктом в 1948 г
- Уи в 1950 г

425. Показаниями к эндоскопическому удалению инородного тела из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, кроме:

- Всех случаев проглатывания остроконечных предметов
- Застревания инородных тел в области физиологических сужений пищевода
- Инородных тел более 1.5-2 см

(+) Инородных тел округлой формы диаметром 1-1.5 см

- Отторгающихся лигатур из нерассасывающегося шовного материала в сроки свыше 1 месяца после операции

426. Абсолютными показателями к удалению инородных тел из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, исключая:

- Инородное тело, внедрившееся в стенку органа
- Инородное тело, вызвавшее непроходимость верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- (+) Инородные тела желудка диаметром 1-1.5 см

- Инородные тела "слепого мешка", приведшие к развитию механической желтухи

- Инородные тела "слепого мешка", осложнившиеся холангитом

427. Срочное лечебно-диагностическое эндоскопическое вмешательство показано во всех перечисленных случаях, за исключением:

- При инородных телах с острыми концами и гранями

(+) При инородных телах желудка диаметром более 2 см

- Если инородное тело застряло в области физиологического сужения пищевода

- Если инородное тело вклинилось в привратник

- При застревании инородного тела в области гастро-энтероанастомоза

428. Противопоказаниями к эндоскопическому исследованию является:

- Общее тяжелое состояние больного

- Психологическое возбуждение

(+) Наличие признаков перфорации полого органа

- Нахождение инородного тела в 12-перстной кишке

- Инородное тело больше 2 см в диаметре

429. Противопоказания к эндоскопическому удалению инородного тела включают все перечисленные, исключая:

- Общее тяжелое состояние больного

- Резкие боли

- Высокую температуру

- Кровотечение

(+) Явления непроходимости

430. Этапы подготовки больного к удалению инородных тел включают все перечисленные, кроме:

- Рентгенографии верхних отделов желудочно-кишечного тракта

(+) Рентгенографического исследования с барием

- Премедикации

- Психопрофилактики (беседа с больным)

- Местной анестезии зева

431. Инородные тела пищевода чаще выявляются:

(+) На уровне входа в пищевод

- В средней трети пищевода

- На уровне пищеварительного отверстия диафрагмы

- В абдоминальном отделе пищевода

- В области кардио-эзофагеального перехода

432. К случайным относятся все следующие инородные тела пищеварительного тракта, кроме:

- Пуговиц

- Монет

- Фруктовых косточек

(+) Безоаров желудка

- Зубных протезов

433. Безоары желудка могут осложняться всем перечисленным, кроме:

- Перфорации стенки желудка

(+) Развития стеноза привратника

- Пилородуоденальной или кишечной непроходимости

- Желудочно-кишечного кровотечения

- Механической желтухи

434. Ко вторичным симптомам инородного тела пищевода относятся все перечисленные, исключая:

- Резкое усиление боли

- Распространение боли ниже того места, где они были ранее

- Отечность наружных покровов шеи и мягких тканей возле перстневидного хряща

- Резкое повышение температуры, озноб

(+) Усиление саливации

435. Клинические проявления при инородных телах зависят от всех перечисленных факторов, исключая:

- Характер предмета

- Локализацию инородного тела

- Глубину внедрения в стенку органа

- Психическое состояние больного

(+) Наличие сопутствующих заболеваний

436. Наиболее частой причиной локализации инородных тел в нижней трети пищевода является:

- Наличие физиологических сужений

- Опухолевое поражение стенки пищевода

(+) Структура пищевода

- Хронический эзофагит

- Дивертикул пищевода

437. Наиболее постоянным симптомом инородного тела, свободно лежащего в просвете пищевода, является:

- Дисфагия

- Боль

(+) Нарушение проходимости пищи

- Усиление саливации

- Осиплость голоса

438. Наиболее постоянным клиническим симптомом инородного тела, внедрившегося в стенку пищевода, является:

- Дисфагия

(+) Боль

- Нарушение проходимости пищи

- Усиление саливации

- Осиплость голоса

439. Если инородное тело желудка не удалось обнаружить из-за наличия в желудке пищи, повторное исследование необходимо предпринять:

- Через 2-3 ч
- Через 4-5 ч
- (+) Через 6-8 ч
- Через 10-12 ч
- Через 24 ч

440. Из проглоченных волос образуются:

- Фитобезоары
- (+) Трихобезоары
- Себобезоары
- Шеллакобезоары
- Пиксобезоары

441. Из переваренного жира образуются:

- Фитобезоары
- Трихобезоары
- (+) Себобезоары
- Шеллакобезоары
- Пиксобезоары

442. У больного имеется безоар желудка в сочетании со стенозом пилоробульбарного отдела. Ему показано:

- (+) Хирургическое лечение
- Консервативное лечение в сочетании с эндоскопическим
- Эндоскопическое лечение
- Консервативное лечение
- Динамическое наблюдение

443. Наиболее трудной для эндоскопического лечения является локализация сужения:

- (+) В устье пищевода
- В шейном отделе
- В грудном отделе
- В области кардиоэзофагеального перехода
- В абдоминальном отделе

444. Поражение желудка чаще наблюдается при ожогах:

- (+) Крепкими растворами кислот
- Крепкими растворами щелочей
- Солями тяжелых металлов
- Термических поражениях
- Лучевых поражениях

445. Предварительное наложение гастростомы показано при бужировании:

- Польями бужами по металлической струне-направителю
- Через рот вслепую
- (+) За "нитку"
- По "нитке"

- Под контролем эзофагоскопа

446. Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются:

- (+) Гладкие, блестящие рубцы
- Неровные, тусклые рубцы
- Инфильтрация слизистой оболочки
- Эластичность при инструментальной пальпации
- Выраженная контактная кровоточивость

447. Показаниями к удалению потерянных дренажей служат все перечисленные, за исключением:

- Обтурации их просвета
- Появления желтухи
- Признаков холангита
- (+) Признаков острого холецистита
- Неотхождения в положенный срок

448. Эндоскопическими признаками лигатурного свища являются все перечисленные, кроме:

- Наличия лигатуры
- Дефекта слизистой с воспалительной инфильтрацией вокруг
- Гипергрануляций
- Фибринозно-гнойных наложений

(+) Ложных дивертикулов в области анастомоза

449. Наиболее опасным методом лечения рубцовых стриктур пищевода является:

- (+) Бужирование вслепую
- Бужирование по струне
- Нормированное бужирование по струне
- Баллонная пневмо- и гидродилатация
- Рассечение стриктуры электроножом

450. Опасным периодом для эзофагоскопии при ожоге пищевода является:

- Первые 3-5 часов после ожога
- Первые сутки после ожога
- Первые трое суток после ожога
- (+) 7-10-е сутки после ожога

- В течение месяца после ожога

451. Миграция лигатур может быть причиной всех перечисленных осложнений, кроме:

- (+) Перитонита
- Пептической язвы анастомоза
- Хронического рецидивирующего панкреатита
- Рубцовой стриктуры анастомоза
- Кровотечения в просвет культи желудка

452. Инородное тело следует удалять под общим обезболиванием во всех перечисленных случаях, за исключением:

- У детей
- У больных психическими заболеваниями
- В случае крупного предмета
- Если при повторных попытках не удается провести инородное тело через кардию или одно из физиологических сужений
- (+) При инородных телах с острыми концами и гранями

453. При удалении инородных тел могут быть использованы все перечисленные инструменты, кроме:

- Щипцов с зазубренными чашечками
- (+) Эндоскопических ножниц
- Различных петель
- Корзинок
- Захватывающих устройств типа "крокодил", "крысиные зубы"

454.Лигатуры из верхних отделов пищеварительного тракта извлекаются:

- Металлической петлей
- Трехзубым грейфером
- Корзинкой

(+) Биопсионными щипцами

- Захватывающим устройством типа "пеликан"

455.Наиболее безопасным способом при рубцовых сужениях пищевода является бужирование:

(+) По металлической струне-направителю полыми бужами

- Через рот вслепую

- По "нитке"

- За "нитку"

- Под контролем эзофагоскопа

456.Способ бужирования рубцовых сужений пищевода по металлической струне-направителю предложен:

(+) Э.Н.Ванцяном и Р.А.Тошчаковым в 1965 г

- В.П.Башиловым в 1973 г

- Чангом в 1976 г

- Гаккером в 1970 г

- Пламмером в 1972 г

457.Тактика лечения при очень плотных стриктурах предусматривает:

(+) Рассечение рубцовой ткани электроножом

- Баллонную пневмодилатацию

- Бужирование по струне

- Оперативное лечение

- Баллонную гидродилатацию

458.Эндоскопическое лечение стриктур пищевода невозможно:

(+) При полной облитерации пищевода

- При мембранозных стриктурах

- При фибринозном эзофагите

- При циркулярных стриктурах

- При трубчатых стриктурах

459.Эндоскопическая электроэксцизия рубцовой ткани в области стриктур пищевода проводится с помощью:

- Игольчатого электрода

- Металлической петли

- Эндоскопических ножниц

(+) Электроножа

- Специальных щипцов

460.Лечебная эндоскопия при рубцовых сужениях пищевода включает все перечисленное, за исключением:

- Извлечения инородных тел из области сужения

(+) Бужирования концом эндоскопа

- Бужирования коническими бужами под контролем эндоскопа

- Установления струны-направителя под контролем эндоскопа

- Эндоскопической электроэксцизии рубцовой ткани

461.Профилактическая дилатация пищевода после ожога показана через:

- 3 дня

- 1 неделю

(+) 2 недели

- 2 месяца

- 6 месяцев

462.Оптимальное давление при баллонной гидродилатации:

- 0.5 атмосферы

- 1.5 атмосферы

- 2 атмосферы

- 3 атмосферы

(+) 5 атмосфер

463.Показаниями к перерыву в бужировании являются:

- Разрывы слизистой оболочки

- Боль при бужировании

- Небольшая кровоточивость

- Развитие фибринозного эзофагита

(+) Эзофагоспазм во время бужирования

464.Срок эпителизации рубцовых стриктур при бужировании составляет:

- 2 недели

- 1 месяц

(+) 2-3 месяца

- 5 месяцев

- 1 год

465.Впервые удаление полипов через эндоскоп осуществил:

- Демлинг

(+) Тсунеока и Ишида

- Брандт

- Реш

- Эльстер

466.Механическое отсечение полипа может быть применено:

(+) При полипах, имеющих четко сформированную ножку толщиной не более 4-5 мм

- При подслизистых опухолях, не связанных с мышечным слоем стенки органа

- При полипах полушаровидной формы на широком основании

- При подслизистых опухолях, частично связанных с мышечным слоем стенки органа

- При бляшковидном раке желудка

467.Эндоскопическая полипэктомия может считаться радикальным методом лечения:

(+) При интраэпителиальном раке в полипе

- При инвазивном раке в полипе без поражения анатомической ножки опухоли

- При инвазивном раке в полипе с поражением анатомической ножки

- При бляшковидном раке типа Па

- При множественных малигнизированных полипах с интраэпителиальной локализацией процесса

468.Электрокоагуляцию или лазерную коагуляцию целесообразно применять:

- При крупных полипах на широком основании

- При крупных полипах на ножке

- При подслизистых опухолях желудка

(+) При небольших плоских полипах

- При бляшковидном раке желудка типа Па

469. Динамическое наблюдение возможно при всех перечисленных состояниях, за исключением:

- Множественных мелких полипов (3-6 мм)
 - Небольших малоподвижных подслизистых опухолей без клинических проявлений
 - Множественных полипов без выраженных клинических проявлений у больных старческого возраста
- (+) Больших полипов с диаметром основания более 2 см
- Тотального полипоза без выраженных клинических проявлений

470. Перед полипэктомией необходимо применить все перечисленные методы обследования, исключая:

- Определение группы крови и резус-фактора
- Изучение основных показателей свертывающей системы
- Определение кислотности
- ЭКГ

(+) Колоноскопию

471. Медикаментозная подготовка больных к эндоскопической полипэктомии включает все перечисленные, за исключением:

- (+) Введения сердечных гликозидов
- Внутримышечно за 20 мин до исследования 1.0 - 2% промедола
 - Внутримышечно за 20 мин до исследования 1% 1.0 атропина
 - За 5 мин 2 таблетки аэрона под язык
 - Внутримышечно 2.0 седуксена больным с лабильной психикой

472. Результаты биопсии и гистологического исследования всего полипа совпадают:

- В 100%
 - В 80-90%
- (+) В 50-70%
- В 30-40%
 - В 10-20%

473. Впервые эндоскопическую инъекционную методику разрушения полиповидных образований желудка предложил:

- Тсунеока и Ишида в 1971 г
- Классен в 1970 г
- Сейфен, Эльстер в 1972 г

(+) Каваи, Отани в 1975 г

- В.М. Буянов в 1974 г

474. При наличии достаточно длинной ножки полипа диатермическую петлю целесообразно наложить на уровне:

- Слизистой оболочки желудка
 - Головки полипа
- (+) 3-4 мм от слизистой оболочки желудка
- 3-5 мм от головки полипа
 - 1-2 мм от слизистой оболочки желудка

475. Абсолютными показаниями для проведения полипэктомии через эндоскоп являются все перечисленные, кроме:

- Полипов, подозрительных на малигнизацию
 - Изъязвленных полипов осложнившихся кровотечением
- (+) Множественных полипов или тотального полипоза без выраженных клинических проявлений у больных старческого возраста
- Одиночных и множественных полипов с выраженной клинической картиной болезни
 - Одиночных и множественных растущих бессимптомных полипов

476. Лечебная полипэктомия показана во всех перечисленных случаях, кроме:

- Одиночных полипов желудка
- (+) Полипов желудка (более 8 опухолей) у больных с высокой степенью риска хирургической операции
- Одиночных или множественных малигнизированных полипов желудка с инвазивным ростом и переходом злокачественного процесса на стенку желудка
 - Одиночных малигнизированных полипов с интраэпителиальной локализацией злокачественного процесса
 - Одиночных или множественных малигнизированных полипов желудка с инвазивным ростом без перехода злокачественного процесса на стенку желудка при крайне высоком операционном риске или отказе больного от операции

477. Относительными противопоказаниями к удалению полипов из желудка являются все перечисленные, кроме:

- (+) Кровотечения из полипа
- Нарушения свертывающей системы крови
 - Полипов, основание которых превышает 2.5 см
 - Общего тяжелого состояния больного
 - Множественных мелких полипов 1-го типа

478. Противопоказаниями к эндоскопическому удалению полипов и подслизистых опухолей являются все перечисленные, за исключением:

- Нарушений свертывающей системы крови
 - Полипов на широком основании (более 2 см)
- (+) Изъязвленных полипов, осложнившихся кровотечением
- Крупных подслизистых опухолей диаметром более 2-3 см
 - Подслизистых опухолей, связанных с мышечным слоем стенки органа

479. Протипоказанием для лечебной полипэктомии являются:

- (+) Малигнизированные полипы с переходом злокачественного процесса на стенку желудка
- Одиночные полипы I-II типа
 - Множественные полипы III-IV типа
 - Изъязвленные полипы осложнившиеся кровотечением
 - Одиночные и множественные растущие бессимптомные полипы

480. Противопоказанием для диагностической полипэктомии являются:

- Множественные полипы
 - Одиночные растущие полипы
 - Плоские полипы бляшковидной формы
 - Изъязвленные полипы
- (+) Малигнизированные полипы с переходом злокачественного процесса на всю ножку или основание опухоли

481. Щипковая или петлевая биопсия предпочтительнее диагностической полипэктомии при наличии:

- Изъязвленного полипа на ножке
- (+) Крупного полипа на широком основании (более 2 см)
- Множественных мелких полипов (более 8)
 - Растущих бессимптомных полипов при ширине ножки 4-5 мм
 - Одиночных крупных полипов на ножке с локализацией в антральном отделе желудка

482. У больного эзофагогастродуоденоскопии выявлено 6 полипов желудка диаметром 1.5-2 см на ножке шириной 4-5 мм. Слизистая оболочка полипов яркая, покрыта мелкими эрозиями. По результатам биопсии признаков малигнизации нет. В этом случае наиболее целесообразны:

- Хирургическое лечение в плановом порядке
- (+) Лечебная эндоскопическая полипэктомия
- Динамическое наблюдение
 - Экстренное хирургическое вмешательство
 - На первом этапе эндоскопическая полипэктомия (паллиативная), после чего - хирургическое лечение

483. Показаниями для эндоскопического удаления подслизистых опухолей верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, за исключением:

- Опухолей II типа диаметром не более 2 см
- Опухолей IV типа диаметром не более 3 см, при ширине ложной ножки не более 2 см

- Небольших подслизистых опухолей с клиническими проявлениями
 - Опухолей III типа не более 2 см
 - (+) Небольших подслизистых опухолей I типа без клинических проявлений
484. Лечебная тактика при малигнизированных полипах желудка с инвазивным ростом опухоли, но без поражения ножки полипа включает:
- (+) Эндоскопическую полипэктомию, затем - традиционную операцию
 - Эндоскопическую полипэктомию
 - Только хирургическое лечение
 - Симптоматическое лечение
 - Лучевую терапию

485. У больного выявлен полипоз желудка с локализацией опухолей в различных отделах желудка. Оптимальная тактика предусматривает:

- Эндоскопическую полипэктомию
- Хирургическое лечение
- Динамическое наблюдение
- (+) Комбинированное (эндоскопическое и хирургическое) лечение
- Симптоматическое лечение

486. Основным инструментом при электроэксцизии полипа является:

- Металлическая петля
- Диатермические щипцы
- (+) Диатермическая петля

- Электронож
- Электроножницы

487. Основной целью создания новокаин-адреналиновой подушки под основанием полипа перед его удалением является:

- Анестезия
- Профилактика перфорации желудка
- Ускорение заживления дефекта слизистой
- (+) Уменьшение вероятности кровотечения после удаления полипа
- Профилактика ожога окружающей слизистой при электрокоагуляции

488. Хирургическое вмешательство показано при всех перечисленных формах, за исключением:

- (+) Одиночных малигнизированных полипов с интраэпителиальной локализацией злокачественного роста
- Множественных малигнизированных полипов с интраэпителиальной локализацией злокачественного роста
- Одиночных малигнизированных полипов с инвазивным ростом
- Множественных малигнизированных полипов с инвазивным ростом
- Больших полипов с шириной основания более 3 см

489. К осложнениям эндоскопической полипэктомии относятся все перечисленные, за исключением:

- Кровотечения из области пересеченной ножки или ложа полипа
- Перфорации полого органа
- Отрыва дистальной части петли во время полипэктомии
- Позднего кровотечения из коагуляционной язвы
- (+) Возникновения очагов коагуляционного некроза

490. Если кровотечение после полипэктомии не останавливается самостоятельно, то во время эзофагогастродуоденоскопии чаще применяется:

- Промывание желудка ледяной водой
- (+) Инъекции гемостатических и сосудосуживающих препаратов через эндоскоп и диатермокоагуляция через эндоскоп
- Трансабдоминальное вмешательство
- Нанесение на дефект слизистой пленкообразующих препаратов

491. В момент электроэксцизии полипа на ножке с помощью диатермической петли головка полипа касалась слизистой желудка. В этом случае возможным осложнением может быть:

- Электротравма врача-эндоскописта
- (+) Ожог слизистой
- Повреждение аппарата
- Ослабление коагуляционного действия тока, кровотечение
- Образование зоны коагуляционного некроза в области основания полипа

492. В случае выкальзывания подслизистой опухоли (II тип) в сторону мышечного слоя при затягивании петли целесообразно:

- Подтянуть опухоль захватывающим устройством
- (+) Надсечь слизистую оболочку над опухолью с помощью электроножа и частично ее вылущить
- Создать лекарственный инфильтрат над опухолью
- Предварительно скоагулировать слизистую оболочку над опухолью
- Применить метод электрокоагуляции

493. Применяются все следующие виды эндоскопического удаления полипов, кроме:

- Механического срезания полипов
- Электроэксцизии
- Электрокоагуляции
- Лазерной коагуляции
- (+) Эндоскопической инъекции в ткань опухоли растворов уксусной кислоты и этанола

494. Техника электроэксцизии полипа включает все перечисленное, за исключением:

- Затягивания петли на расстоянии 3-5 см от уровня слизистой оболочки желудка
- (+) Затягивания петли на уровне слизистой оболочки желудка
- Попеременного использования режимов резанья и коагуляции
- Предпочтительного использования режима коагуляции при приближении к центру ножки
- Затягивания петли мягко без чрезмерного усилия

495. Технические особенности удаления опухолей II типа включают все перечисленное, исключая:

- Надсечение слизистой оболочки над опухолью с помощью электроножа
- (+) Создание новокаинового депо под опухолью
- Частичное вылушивание опухоли
- Наложение петли на вылущенную опухоль
- Использование захватывающего устройства для подтягивания опухоли

496. К техническим ошибкам при выполнении эндоскопической полипэктомии относятся все перечисленное, кроме:

- Головка полипа касается слизистой
- Полипэктомическая петля не затянута
- (+) Затягивание петли на ножке полипа до появления его цианотической окраски
- Вмешательство выполняется при наличии вокруг полипа жидкости
- Диатермическая петля втянута в инструментальный канал эндоскопа

497. К способам извлечения отсеченных полипов относятся все перечисленные, за исключением:

- Присасывания опухоли к инструментальному каналу эндоскопа и извлечения его вместе с аппаратом
- (+) Промывания желудка
- С помощью биопсионных щипцов
- С помощью полипэктомической петли
- С помощью полиэтиленовой трубки, проведенной через инструментальный канал эндоскопа, создавая в ней разрежение

498. Отсеченный полип может быть извлечен с помощью всего перечисленного, за исключением:

- Биопсионных щипцов
- Полипэктомической петли

- Трехзубого грейфера

(+) Эндоскопических ножниц

- Корзинки Dormia

499. Если затягивание петли при плоских полипах (I-II тип- затруднено, то возможно использовать все следующие манипуляции, кроме:

- Присасывания полипа к инструментальному каналу

- Подтягивания полипа захватывающим устройством

- "Приваривания" полуоткрытой петли к слизистой оболочке у основания полипа кратковременным включением тока высокой частоты

(+) Поэтапного удаления полипа

- Новокаиновой инфильтрации подлежащих тканей

500. Стандартными сроками контрольного динамического осмотра после полипэктомии из желудка установлены все перечисленные, кроме:

- Через 1 неделю

- Через 2 недели

(+) Через 3 месяца

- Через 6 месяцев

- 1 раз в год в течение 5 лет

501. Различают все перечисленные морфологические виды полипов желудка, кроме:

- Гиперпластических полипов

- Аденоматозных полипов

- Ювенильных полипов

- Гемартом

(+) Эндометриозных полипов

502. Показаниями к лечебной бронхоскопии являются все перечисленные, кроме:

(+) Диффузного двустороннего бронхита I степени интенсивности воспаления

- Диффузного двустороннего бронхита II степени интенсивности воспаления

- Диффузного двустороннего бронхита III степени интенсивности воспаления

- Осложненной кисты легкого

- Недренирующегося абсцесса легкого

503. К осложнениям лечебной бронхоскопии относятся все перечисленные, кроме:

- Ухудшение состояния больного

(+) Подъем температуры после санации и кровохарканье

- Бронхоспазм

- Реакция на санирующий раствор

504. При хроническом недренирующемся абсцессе легкого следует выполнять:

- Жесткую бронхоскопию под наркозом

- Бронхофиброскопию под наркозом

- Бронхофиброскопию под местной анестезией

(+) Бронхофиброскопию под рентгенологическим контролем с перфорацией стенки абсцесса щипцами

- Сочетанную жесткую и бронхофиброскопию под наркозом

505. Больных, находящихся на искусственной вентиляции легких, следует санировать:

(+) Ежедневно

- Через день

- Через 2 дня

- Через 3 дня

- Через 6 дней

506. Лечебные бронхоскопии при хроническом абсцессе легкого следует выполнять:

(+) Через день

- Через 2 дня

- Через 3 дня

- Через 4 дня

- 1 раз в неделю

507. Лечебные бронхоскопии при бронхите II степени воспаления следует выполнять:

(+) через день

- Через 2 дня

- Через 3 дня

- Через 4 дня

- 1 раз в неделю

508. При бронхоэктазах в стадии обострения бронхоскопию следует выполнять:

(+) через день

- Через 2 дня

- Через 3 дня

- Через 4 дня

- 1 раз в неделю

509. При бронхите III степени воспаления следует выполнять лечебные бронхоскопии:

(+) через день

- Через 2 дня

- Через 3 дня

- Через 4 дня

- Через 5 дней

510. При бронхите II степени воспаления следует провести на курс:

- 2-3 бронхоскопии

- 4-6 бронхоскопии

(+) 7-8 бронхоскопии

- 9-10 бронхоскопии

- 11-12 бронхоскопии

511. При бронхите II степени воспаления на курс следует провести:

- 2-3 бронхоскопии

(+) 4-6 бронхоскопий

- 7-8 бронхоскопий

- 9-10 бронхоскопий

- 11-12 бронхоскопий

512. При бронхите II степени воспаления следует проводить курсы санационных бронхоскопий:

- Через 1-2 мес

- Через 2-3 мес

(+) Через 3-4 мес

- Через 4-5 мес

- Через 5-6 мес

513. При бронхите III степени воспаления следует проводить курсы санационных бронхоскопий:

- Через 1-2 мес

(+) Через 2-3 мес

- Через 3-4 мес

- Через 4-5 мес

- Через 5-6 мес

514.Для лечебных бронхоскопий используется:

- 3 группы веществ

- 4 группы веществ

(+) 5 групп веществ

- 6 групп веществ

- 7 групп веществ

515.Одномоментно в бронхиальное дерево можно ввести:

- 10 мл раствора

(+) 20 мл раствора

- 30 мл раствора

- 40 мл раствора

- 50 мл раствора

516.Наиболее эффективным для санационных бронхоскопий является:

- Риванол

- Фурациллин

- Диоксидин

(+) Фурагина калиевая соль

- Димексид

517.На 1 санацию расходуется максимально:

- 60 мл раствора

- 80 мл раствора

- 100 мл раствора

- 120 мл раствора

(+) 150 мл раствора

518.Антибиотики группы тетрациклинов не следует применять при бронхоскопии, т.к. они вызывают:

- арингоспазм

(+) Бронхоспазм

- Кашлевой рефлекс

- Отек слизистой

- Аллергическую реакцию

519.При хроническом абсцессе легкого следует провести на курс:

- 1-2 санации

- 3-4 санации

- 5-6 санаций

(+) 7-8 санаций

- 9-10 санаций

520.При лечении больного с нагноившейся дренирующей кистой легкого следует стремиться:

- К снижению температуры

- К полной облитерации полости кисты

(+) К образованию сухой полости

- К уменьшению количества гнойного отделяемого

- К уменьшению размеров полости кисты

521.При эндоскопическом лечении хронического абсцесса легкого следует стремиться:

- К образованию остроуго абсцесса

- К полной облитерации полости абсцесса

- К уменьшению количества гнойного отделяемого

- К снижению температуры

(+) К образованию сухой полости

522.Показанием к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли бронха через эндоскоп является:

(+) Опухоль на ножке до 2 см в диаметре

- Опухоль на широком основании до 2 см в диаметре

- Ножка не видна, опухоль до 3 см в диаметре

- Кровотокающая опухоль 3 см в диаметре

- Опухоль полностью обтурирует в просвет бронха

523.Противопоказаниями к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли являются все перечисленные, за исключением:

- Роста по типу айсберга

(+) Опухоли на тонкой ножке или с широким основанием

- Гистологической картины, подозрительной на озлокачествление

- Кровотокающей опухоли

524.Удаление доброкачественной опухоли бронха через эндоскоп оптимально выполнить:

- Под местной анестезией через бронхофиброскоп

(+) Под наркозом через бронхофиброскоп

- Под местной анестезией через жесткий бронхоскоп

- Под наркозом через жесткий бронхоскоп

- Под внутривенным обезболиванием через гибкий эндоскоп

525.Инородное тело из бронха впервые удалил:

- Куссмауль в 1868 г

- Микулич в 1888 г

(+) Киллиан в 1897 г

- Брюнингс в 1926 г

- Фридель в 1956 г

526.Клиническая картина при инородных телах трахеи включает:

- Боли в грудной клетке

(+) Приступообразный кашель

- Постоянный кашель

- Кашель с мокротой

- Высокую температуру

527.При инородных телах бронха (свежеаспириванных)клиническая картина характеризуется:

- Приступообразным кашлем

- Кашлем с мокротой

(+) Постоянным кашлем

- Болями в грудной клетке

- Высокой температурой

528.При давно аспирированных инородных телах бронховклиническая картина характеризуется:

- Приступообразным кашлем

- Постоянным кашлем без мокроты

- Отсутствием кашля

(+) Кашлем с мокротой

- Стридорозным дыханием

529.Изменения в легких при частичной закупорке бронха инородным телом:

(+) Отсутствуют

- Обтурационная эмфизема

- Ателектаз легкого

- Поликистоз легкого

- Бронхоэктазы

530.К осложнениям при давно аспирированных инородных телах относятся все перечисленные, за исключением:

- Кровотечения

- Ателектаза

(+) Бронхиальных свищей и бронхоэктазов

- Деформирующего бронхита

531.Для удаления плоских инородных тел используются:

(+) Биопсионные щипцы и вилочковый захват

- Петля

- Корзинка Дормиа

- Биопсионные щипцы с иглой

- Биопсионные ножницы

532.Для удаления округлых инородных тел с гладкой поверхностью используются:

- Биопсионные щипцы

(+) Петля и корзинка Дормиа

- Вилочковый захват

- Биопсионные щипцы с иглой

- Биопсионные ножницы

533.Для удаления тонких и острых инородных тел используются:

- Биопсионные щипцы

(+) Петля и вилочковый захват

- Корзинка Дормиа

- Биопсионные щипцы с иглой

- Биопсионные ножницы

534.Для удаления органических и неорганических инородных тел сложной конфигурации используются:

- Биопсионные щипцы

- Петля

(+) Вилочковый захват

- Корзинка Дормиа

- Биопсионные щипцы с иглой

535.Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано:

- При остром холецистите

- При хроническом рецидивирующем холецистите

(+) При посттравматической гемобилии

- При осложненном холангите

- При холестатическом гепатите

536.Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано:

- Для медикаментозного санирования билиарной системы

- Для снижения холемической интоксикации

(+) Для снижения раковой интоксикации

- Для выполнения прямого рентгеноконтрастного исследования билиарной системы

- Для дифференцирования желтух

537.Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано:

- Для купирования болей при остром панкреатите

- Для купирования болей при остром холецистите

(+) Для снижения желчной гипертензии

- Для снижения гипертензии в панкреатической протоковой системе

- Для купирования печеночной недостаточности

538.Лапароскопическое дренирование желчного пузыря противопоказано:

- При сморщенном желчном пузыре

- При распространенном раке желчного пузыря

- При инфильтрате в правом подреберье, когда желчный пузырь не виден

- При подозрении на паравезикальный абсцесс

(+) При ограниченной гангрене стенки желчного пузыря

539.Лапароскопическое дренирование брюшной полости показано:

- Для проведения химиотерапии опухолевых заболеваний брюшной полости

- Для контактной медикаментозной терапии воспалительных заболеваний абдоминальных органов

- Для проведения перитонеального диализа

(+) Для длительной эвакуации асцитической жидкости

- Для динамического контроля за состоянием брюшной полости

540.Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано при всех перечисленных поражениях, кроме:

(+) Рака желчного пузыря

- Рака головки поджелудочной железы

- Рака большого дуоденального сосочка

- Рака общего желчного протока

- Холедохолитиаза

541.Лапароскопическое дренирование круглой связки печени показано с целью купирования болевого синдрома при всех перечисленных формах, кроме:

- Острого панкреатита

(+) Острого холецистита

- Язвы луковицы 12-перстной кишки

- Высоких язв задней стенки желудка

542.Лапароскопическое дренирование сальниковой сумки показано во всех перечисленных случаях, кроме:

- Санирования сальниковой сумки

- Локальной гипотермии поджелудочной железы

(+) Контактно-избирательной медикаментозной инфильтрации поджелудочной железы

- Снижения продуцирования поджелудочной железой активных кининов

- Снижения ферментативной интоксикации больного

543.Смещение дренажа от заданной ему проекции при дренировании брюшной полости предупреждает:

(+) Транслигаментарное фиксирование дренажа

- Использование направителя при установке дренажа

- Ограничение движений больного

- Фиксирование дренажа к брюшной стенке шелком

- Фиксирование дренажа к брюшной стенке лейкопластырем

544.Болевой синдром при остром панкреатите купируется за счет новокаиновой инфильтрации:

- Брыжейки толстой кишки
- Желудочно-ободочной связки
- (+) Круглой связки печени
- Брыжейки тонкой кишки
- Селезеночно-ободочной связки

545.С целью лечения острого панкреатита при лапароскопии не следует дренировать:

- Круглую связку печени
- Брюшную полость
- Желчный пузырь
- (+) Парапанкреатическую клетчатку
- Сальниковую сумку

546.С целью лечения острого панкреатита в инфузат, вводимый в круглую связку печени, следует добавить все перечисленное, кроме:

- Но-шпы
- 40% раствора глюкозы
- (+) 0.1% раствора сернокислого морфина
- 5% раствора Е-аминокапроновой кислоты
- 50% раствора анальгина

547.Показанием для лапароскопического рассечения спаек в брюшной полости является:

- Клинические проявления болевого синдрома в брюшной полости
- Запоры
- Метеоризм
- (+) Появление болей, аналогичных тем, которые беспокоят больного в жизни, при избирательной нагрузке на выявленные спайки
- Видимые спайки в брюшной полости

548.Для быстрого купирования болей, обусловленных попаданием клея на париетальную брюшину, нужно применить:

- 1% раствор сернокислого морфина
- Баралгин
- Но-шпу
- 2% раствор папаверина
- (+) 0.5% раствор новокаина

549.Показаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПТ) является все перечисленное, кроме:

- Холедохолитиаза после холецистэктомии
- Доброкачественного ограниченного папиллярного стеноза
- (+) Протяженного стеноза общего желчного протока
- Синдрома слепого мешка после холедоходуоденоанастомоза
- Камней общего желчного протока без доказанных камней в желчном пузыре

550.Эндоскопическую папиллосфинктеротомию в нашей стране впервые произвел:

- В.В.Виноградов и др. в 1975 г
- (+) Д.Ф.Благовидов и др. в 1976 г
- Ю.М.Панцырев и др. в 1977 г
- А.С.Балалыкин и др. в 1979 г
- В.С.Савельев и др. в 1980 г

551.Для эндоскопического рассечения печеночно-дуоденального офинктера и интрамуральной части холедоха применяется:

- Электронож
- (+) Папиллотомическая петля
- Эндоскопические ножницы
- Специальные щипцы
- Диатермическая постоянная петля

552.Противопоказаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии являются:

- Стеноз устья протока поджелудочной железы
- (+) Тубуляторный стеноз, распространяющийся выше интрамуральной части холедоха
- Крупные камни общего желчного протока (1-2 см)
- Околососочковые дивертикулы
- Аденомы фатерова соска

553.Относительными противопоказаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии являются все перечисленные, за исключением:

- (+) Стеноза устья вирсунгова протока
- Крупных камней холедоха
- Нарушения свертываемости крови
- Хронической дуоденальной непроходимости
- Парапапиллярных дивертикулов

554.Хирургическое вмешательство предпочтительнее эндоскопической папиллосфинктеротомии при всех перечисленных поражениях, за исключением:

- Стеноза терминального общего желчного протока в сочетании с калькулезным холециститом
- Стеноз терминального отдела общего желчного протока, сопровождающегося выраженной клинической картиной хронического панкреатита
- (+) Острого панкреатита, обусловленного острым или хроническим папиллитом
- Стеноза терминального отдела общего желчного протока и дуоденостаза
- Рака большого дуоденального сосочка с распространением опухоли в сторону желчного протока выше зоны интрамуральных сфинктеров

555.Этапы подготовки больного к эндоскопической папиллосфинктеротомии включают все перечисленное, кроме:

- Лечение системных нарушений
- (+) Лапароскопии
- Психозмоциональной подготовки больного
- Подготовки кишечника к контрастному исследованию
- Премедикации

556.К препаратам, применяемым в качестве премедикации перед папиллосфинктеротомией, относятся все перечисленные, кроме:

- Промедола
- Атропина
- Но-шпы
- (+) Эфедрина
- Бензогексония

557.На фатеровом соске и терминальном отделе холедоха эндоскопически можно выполнить все следующие виды операций, исключая:

- Папиллотомию
- Частичную папиллосфинктеротомию
- (+) Тотальную папиллосфинктеротомию
- Папиллосфинктеротомию
- Вирсунготомию

558.К осложнениям папиллосфинктеротомии относятся все перечисленные, за исключением:

- Кровотечения из области разреза
- Ретроперитонеальной перфорации
- Острого панкреатита
- Холангита
- (+) Дуоденостаза

559.Для извлечения камней из желчных протоков после эндоскопической папиллосфинктеротомии используются:

- (+) Петля Дормиа
- Папиллотом
- Биопсионные щипцы
- Трехзубый грейфер
- Инструмент типа "крысиный зев"

560. Контрольное эндоскопическое исследование после эндоскопической папиллосфинктеротомии проводится через:

- Сутки
- 2-3 дня
- (+) 2 недели
- 30 дней
- 5-7 дней

561. Потерянные дренажи общего желчного протока извлекаются:

- Биопсионными щипцами
- Захватывающим устройством типа "крысиный зев"
- Специальным крючком
- Корзинкой Дормиа

(+) Петлей

562. К приемам, улучшающим условия канюляции большого дуоденального соска, относятся:

- Большой поворачивается на живот
- Эндоскоп проводится ниже большого дуоденального соска с последующим подтягиванием

(+) Приподнимается ножной конец стола

- Катетер при канюляции заводится снизу вверх с использованием леватора
- В период канюляции подается контрастное вещество

563. Обязательными этапами при проведении папиллосфинктеротомии являются все перечисленные, исключая:

- Эндоскопический осмотр желудка и 12-перстной кишки
- Эндоскопическая рентгено-папилло-холедохография
- Рассечение большого дуоденального соска
- Рассечение интрамуральной части холедоха

(+) Инструментальное извлечение камней холедоха

564. Показаниями к срочному удалению конкрементов холедоха после эндоскопической папиллосфинктеротомии являются все перечисленные, кроме:

- Выраженной желтухи
- Нарастающей желтухи
- Холангита

- Крупного камня

(+) Множественных мелких конкрементов

565. Лечение больных после эндоскопической папиллосфинктеротомии как правило включает все перечисленное, кроме:

- Холода на живот
- Спазмолитиков

(+) Анальгетиков

- Десенсибилизирующей и противоотечной терапии

- Щелочного питья

566. Максимальные сроки наблюдения после эндоскопической папиллосфинктеротомии за самостоятельным отхождением камней холедоха составляют:

- 1-2 дня
- 3-4 дня
- (+) 5-7 дней
- 8-18 дней
- 10-14 дней

567. В случаях затруднений при затягивании петли на плоских полипах, необходимо использовать все перечисленные приемы, за исключением:

- Присасывания полипов к инструментальному каналу
- Подтягивания полипа захватывающим устройством
- "Приваривания" полуоткрытой петли к слизистой оболочке у основания полипа кратковременным включением тока высокой частоты

(+) Поэтапного удаления полипа

- Коагуляции полипа пуговчатым зондом

568. Колоноскопическая электроэксцизия полипа впервые выполнена:

- Демлингом в 1970 г

(+) Дейле в 1971 г

- Вольфом в 1872 г

- Савельевым в 1973 г

- Шинни в 1974 г

569. Относительными противопоказаниями для колоноскопической полипэктомии являются:

(+) Нарушения свертывающей системы крови

(+) Тяжелые формы сахарного диабета

- Кровоточащий геморрой

- Состояние после операции Гартмана

570. Одномоментальной электроэксцизии подлежат:

(+) Полипы на длинной ножке, независимо от размеров головки

(+) Полипы на узком основании, независимо от их размеров

- Полипы на широком основании, независимо от их размеров

- Полипы на короткой толстой ножке, независимо от размеров головки

571. Через колоноскоп по частям целесообразно удалять:

- Полипы на широком основании, независимо от их размеров

- Полипы на длинной ножке, головка которых не более 1.5-2 см в диаметре

(+) Полипы на широком основании, диаметр которых более 1.5-2 см

(+) Полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 1.5-2 см

572. Методом "горячей биопсии" целесообразно удалять:

(+) Мелкие (до 0.5 см) полипы на широком основании

- Крупные (более 1.5-2 см) полипы на широком основании

- Крупные полипы на короткой толстой ножке

- Стелющиеся виллезные опухоли

- Полиповидный рак

573. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопической полипэктомии являются все перечисленные, кроме:

- Стелющиеся виллезные опухоли

(+) Полипы на широком основании диаметром более 3 см или на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 3 см

- Полиповидный рак до 3 см в диаметре

- Аденомы с инвазивным ростом рака

574. При наличии в толстой кишке нескольких полипов, подлежащих электроэксцизии, в первую очередь удаляют:

- Наиболее крупный полип

- Наиболее мелкий полип

(+) Наиболее проксимально расположенный полип

- Наиболее дистально расположенный полип

- Наиболее трудно технически удалимый полип

575.Электрокоагуляция полипа через ректоскоп впервые произведена:

- В 1921 г

- В 1925 г

(+) В 1928 г

- В 1931 г

- В 1933 г

576.Петлевая электрорезекция полипа через ректоскоп впервые выполнена:

- В 1928 г

- В 1934 г

(+) В 1949 г

- В 1952 г

- В 1954 г

577.Перед колоноскопической полипэктомией необходимо выполнить все перечисленное, за исключением:

- Диагностической колоноскопии

- Эзофагогастродуоденоскопии

(+) Ирригоскопии

- Определить группу крови и резус-фактор

- Определить время свертываемости и кровотечения

578.Колоноскопическая полипэктомия из ободочной кишки производится:

- Всем больным амбулаторно

(+) Всем больным стационарно

- Госпитализируются только больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями

- Госпитализируются только больные, у которых выявлены крупные полипы на широком основании

- Амбулаторно производится только электроэксцизия полипа на ножке

579.К осложнениям, невозможным при проведении полипэктомии из толстой кишки, относятся:

- Кровотечение

- Перфорация

- Ожог противоположной стенки

- Взрыв газа в кишке

(+) Инфекционно-токсический шок в результате нарушения барьерной функции слизистой толстой кишки

580.Извлечение отсеченных полипов толстой кишки возможно всеми перечисленными способами, кроме:

- Присасывания полипов к инструментальному каналу и извлечения вместе с аппаратом

- С помощью биопсионных щипцов

- С помощью полипэктомической петли

- С помощью корзинки Дормиа

(+) С помощью инъекционной иглы

581.Отсеченный полип толстой кишки можно извлечь всеми перечисленными способами, за исключением:

- Биопсионных щипцов

- Полипэктомической петли

- Трехзубого грейфера

(+) Эндоскопических ножниц

- Корзинки Дормиа

582.Не определяет способ экстракции удаленных эндоскопически полипов из просвета толстой кишки все перечисленное, кроме:

(+) Размеров и консистенции полипа

- Гистологической структуры полипа

- Места расположения полипа в кишке

- Способа подготовки кишки к колоноскопической электроэксцизии

- Функционального состояния толстой кишки (гипертонус, нормотонус, атония)

583.После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать грейфером:

(+) Полипы с плотной неровной поверхностью до 1.5-2 см в диаметре и полипы диаметром до 3 см с остатком ножки

- Ворсинчатые полипы до 5 см в диаметре

- Гипергрануляции диаметром до 3 см

- Мягкие, дольчатые полипы до 3 см в диаметре

584.После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь грейфером:

(+) Полипы диаметром более 2.5 см

- Полипы с плотной неровной поверхностью, диаметром 1.5-2 см

(+) Ворсинчатые полипы диаметром более 4 см

(+) Мягкие, дольчатые полипы до 3 см в диаметре

585.После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать корзинкой Дормиа:

(+) Полипы мягкой консистенции и продолговатой формы диаметром до 1-2 см

- Полипы мягкой консистенции диаметром до 3 см

- Ворсинчатые полипы диаметром до 3-4 см

- Полипы шаровидной формы диаметром до 3 см

- Все перечисленное

586.После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь корзинкой Дормиа:

- Полипы мягкой консистенции диаметром до 1-2 см

(+) Полипы мягкой консистенции и шаровидной формы диаметром до 3 см

(+) Ворсинчатые полипы диаметром до 3-4 см

- Полипы продолговатой формы диаметром до 1-2 см

587.Способ экстракции полипов из толстой кишки после их электроэксцизии зависит:

(+) От размеров и консистенции полипа

- От гистологической структуры полипа

- От места расположения полипа в кишке

- От способа подготовки кишки к колоноскопической электроэксцизии

588.Вакуумэкстракцией после колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать:

(+) Плотные полипы диаметром до 2.5 см и шаровидные полипы диаметром до 2 см с остатком ножки

- Гипергрануляции диаметром до 1 см

- Мягкие полипы диаметром до 0.5 см

- Ворсинчатые полипы диаметром до 3 см

- Все ответы правильные

589.Вакуумэкстракцией после колоноскопической электроэксцизии нельзя извлекать:

(+) Гипергрануляции диаметром от 0.3 до 0.5 см

- Плотные полипы диаметром 2-2.5 см

(+) Ворсинчатые полипы диаметром 4-5 см

- Шаровидные полипы диаметром до 2 см с остатком ножки

590.Полип любой консистенции и размеров после колоноскопической электроэксцизии можно извлечь:

- Корзинкой Дормиа

- Грейфером

- Биопсионными щипцами

- Вакуумэкстракцией

(+) Петлевым электродом

591. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать биопсионными щипцами:

(+) Полипы диаметром до 0.6-0.7 см любой консистенции

- Рыхлые образования диаметром до 1-1.5 см

- Плотные полипы диаметром до 1-1.5 см

- Полипы диаметром до 1-1.5 см любой консистенции

- Ворсинчатые полипы диаметром до 1.5 см

592. После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь биопсионными щипцами:

- Полипы мягкой консистенции диаметром 0.3 см

(+) Полипы с неровной бугристой поверхностью диаметром 1.5 см

и ворсинчатые полипы до 1.5 см в диаметре

- Полипы шаровидной формы диаметром до 0.5 см

- Полипы продолговатой формы до 0.7 см в диаметре

593. К случайным инородным телам толстой кишки можно отнести:

- Фруктовые косточки

- Зубные протезы

- Наконечник от кружки Эсмарха

(+) Каловые камни

- Пуговицы

594. Контрольный динамический осмотр больных после удаления из толстой кишки полипа с неинвазивной формой роста следует проводить:

- Первые 3 месяца - ежемесячный контроль

- Последующие 9 месяцев осмотр производится раз в 3 месяца

- 1 раз в 6 месяцев (2-й год после удаления)

- 1 раз в год (начиная с 3-го года после удаления в течение последующих 2 лет)

(+) Все ответы правильны

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больной, 50 лет, в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка. Особенно больших неприятностей заболевание ему не причиняло. Однако последний месяц больной отмечает, что у него усилились боли в эпигастральной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул и позывы на стул после каждого приема пищи. В кале стали встречаться кусочки совершенно не переваренной пищи. Больной резко потерял в весе. Температура нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное количество слизи и непереваренной пищи. Что произошло с больным? Каким исследованием можно подтвердить свое предположение? Как лечить больного?

2. У больного, 39 лет, страдающего в течение многих лет язвенной болезнью желудка, в последнее время появилось чувство тяжести в эпигастральной области, которое проходит обычно только после рвоты, которую больной нередко вызывает сам. Рвота обильная приносит облегчение, в рвотных массах примесь пищи, съеденной накануне. Больной значительно потерял в весе. Тургор кожи снижен, подкожно-жировая клетчатка отсутствует. Через истонченную брюшную стенку у больного на глаз определяется выпячивание грушевидной формы, в ответ, на массаж которого появляется перистальтика. Определяется шум плеска. О каком осложнении язвенной болезни можно подумать у данного больного? С помощью, каких исследований можно подтвердить Ваше предположение? Какова тактика в его лечении?

3. Больной, 48 лет, поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких, указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. 3 года назад перенес болезнь Боткина. У брата — туберкулез легких. Общее состояние больного удовлетворительное. Какие заболевания вам придется дифференцировать? Каковы будут ваши действия при поступлении такого больного? Что из дополнительных методов исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?

4. Больной, 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, а в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Сам пришел на прием. При осмотре пульс 100 уд. в 1 мин. Больной бледен. В эпигастральной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили? Какие срочные дополнительные исследования Вы примените для подтверждения Вашего предположения? Куда и как Вы отправите на лечение больного?

5. У больного, 35 лет, поступившего в приемный покой, диагностирована кровоточащая язва желудка. Кровотечение скрытое, но подтверждено реакцией Грегерсена и падением гемоглобина и эритроцитов. Общее состояние больного вполне удовлетворительное. Какие назначения вы сделаете больному сразу при поступлении? Какова тактика в лечении данного больного?

6. Больной, 38 лет поступил к вам в отделение за два года третий раз по поводу желудочного кровотечения язвенной этиологии. Состояние больного средней степени тяжести. Пульс 96 в минуту, АД 100 и 60 мм рт. ст. Гемоглобин 100 г/л, эритроциты 3,5 г 10¹²/л, гематокрит 38 %. При ФГДС обнаружена язва в области угла желудка размером 10x8 мм с мелкими тромбированными сосудами. А) Сформулируйте диагноз и назначьте лечение. Как Вы будете контролировать гемостаз? Применением комплекса консервативных мероприятий кровотечение быстро остановлено и в течение недели состояние больного выровнялось и стало лучше, чем до наступления у него осложнения. Б) Какова ваша тактика в лечении этого больного?

7. Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение с язвенным желудочным кровотечением. Кровотечение у него появляется 3-й раз за два года. После применения целого ряда консервативных мероприятий кровавая рвота у него прекратилась, гемоглобин поднялся с 40 до 65 г/л. Общее состояние улучшилось. Через 2—3 часа вновь появилась обильная кровавая рвота. Гемоглобин упал до 55 и затем до 35 г/л. Какова ваша тактика лечения данного больного? Как организовать лечение?

8. Вы работаете 2 года в районной больнице хирургом. Заведующий отделением уехал в отпуск и вы остаетесь его замещать. Поступил больной с обильным желудочным кровотечением. Выявлен длительный язвенный анамнез. Вы применили целый ряд консервативных мероприятий, включая небольшие гемостатические дозы крови. Но гемоглобин продолжает падать, пульс еще более участился, АД - 120 и 60 мм рт. ст. Вам ясно, что консервативными мероприятиями вам с кровотечением не справиться. Как вы поступите в данном случае?

9. Больной, 44 лет, поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Заболел внезапно. Появилась обильная кровавая рвота. Больной резко ослаб. Из анамнеза удалось выяснить, что он много лет злоупотреблял алкоголем. При обследовании больного обращала на себя внимание большая плотная селезенка. Печень не пальпировалась. Что, по вашему мнению, может служить источником кровотечения? Между какими заболеваниями следует дифференцировать?

10. По экстренным показаниям через два часа с начала заболевания госпитализирован больной, 42 лет. Болен 2 часа. Кровавая рвота возникла внезапно. Но больной отмечает, что в течение 2 лет кровотечение так начинается в 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре выражена венозная сеть на животе в виде «головы медузы». Пальпируется большая селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Вами поставлен диагноз кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. В чем будет заключаться неотложная помощь больному? Как следует обследовать больного в дальнейшем, после остановки кровотечения?

11. В приемное отделение дежурной больницы доставлен сорокалетний мужчина через три часа от начала заболевания с жалобами на многократную рвоту с кровью. Ранее ни чем не болел. Злоупотребляет несколько лет алкоголем. После обильного приема алкоголя появилась многократная рвота сначала пищей, а затем кровью. Объективно. Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожа бледная с капелями пота. Пульс 100 в минуту, АД - 90 и 50 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из под края реберной дуги на 3 см. При ректальном исследовании кал обычной окраски. Гемоглобин 90 г/л, Эр. - 3,0 г 10¹²/л, гематокрит - 36%. Ваш предположительный диагноз? Проведите дифференциальный диагноз. С помощью каких исследований можно уточнить диагноз? Что следует предпринять?

12. Больной, 63 лет, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 месяца сильно похудел и ослаб. Сегодня утром у него появились головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул — кал дегтеобразный. После этого

он был доставлен в хирургическое отделение. Чем вызвано подобное состояние больного? С помощью, каких исследований можно уточнить диагноз? Что следует предпринять?

13. Больной, 41 г., был госпитализирован в плановом порядке в хирургическое отделение клинической больницы с жалобами на боли в эпигастриальной области. Болен в течение двух лет. За год до поступления в одной из больниц произведено наружное дренирование многокамерной нагноившейся кисты поджелудочной железы. После операции периодически возникали боли в эпигастрии, что сопровождалось гипертермией. При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. В эпигастрии слева от средней линии прощупывалось опухолевидное образование диаметром около 6 см. При клиническом и специальном исследовании, включая рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, гастроуденоскопию и селективную целиакографию, установлен диагноз хронического рецидивирующего панкреатита, кисты головки поджелудочной железы. Больному были определены показания к операции. При операции обнаружено, что тело и хвост поджелудочной железы обычной величины и консистенции, головка значительно уплотнена, при пункции ее жидкости не получено, срочная биопсия — склероз и хроническое воспаление железы. Обнаружено кистозное образование диаметром до 12 см, содержащее желтоватую жидкость, соединяющееся с головкой железы и растущее книзу, раздвигая брыжейку поперечной ободочной кишки. Выберите оптимальный объем оперативного вмешательства.

14. Больной, 30 лет, поступил в клиническую больницу в плановом порядке с жалобами на приступообразные боли в верхней половине живота с опоясывающей иррадиацией, поносы, похудание на 8 кг за год. Болен в течение трех лет. За это время 18 раз госпитализировался по поводу острого панкреатита. Злоупотребляет алкоголем. При обследовании, включая рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта, ультразвуковую эхографию, селективную целиакографию, установлен диагноз хронического рецидивирующего алкогольного панкреатита, кисты головки поджелудочной железы. При операции обнаружена интрапанкреатическая киста диаметром до 8 см в головке поджелудочной железы, тело и хвост железы увеличены, каменной плотности. При цистопанкреатографии полости кисты сообщаются с главным панкреатическим протоком, который в дистальной части тела резко сужен. Какой объем оперативного вмешательства будет в данной ситуации наиболее рационален?

15. Больной, 47 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, плохой сон, слабость. На протяжении последних 2 лет у больного трижды наблюдались приступы болей в области правого подреберья, сопровождавшиеся повышением температуры до 39°C, неинтенсивной желтухой. После очередного приступа за два месяца до последней госпитализации желтуха прошла, но кожный зуд стойко держался. При обследовании: желтухи нет, край печени на 3 см ниже реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. При дуоденографии отмечен стеноз в области вертикальной части двенадцатиперстной кишки, дефект наполнения протяженностью около 5 см по внутренней стенке кишки с резкой деформацией окружающих складок слизистой оболочки. Дуоденоскопия: на внутренней стенке вертикальной части имеется опухолевая инфильтрация. Ваш диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить? Какая операция показана в этом случае?

16. Больная, 75 лет, считает себя больной около двух месяцев, когда стала отмечать слабость, анорексию, тошноту, тупые боли в правом подреберье, похудание. Через месяц выявились желтуха, прогрессирующий кожный зуд. Была госпитализирована в инфекционную больницу с подозрением на гепатит. После двухнедельного обследования диагноз вирусного гепатита был исключен и больная переведена в хирургическую клинику. При УЗИ обнаружены признаки дистального блока холедоха, при папиллоскопии с биопсией диагностирована скirrosная аденокарцинома дуоденального сосочка. Билирубин 196 мкмоль/л. Определите сроки и объем предоперационной подготовки и обоснуйте рациональный объем оперативного вмешательства.

17. Больная, 75 лет, считает себя больной около двух месяцев, когда стала отмечать слабость, анорексию, тошноту, тупые боли в правом подреберье, похудание. Через месяц выявились желтуха, прогрессирующий кожный зуд. Была госпитализирована в инфекционную больницу с подозрением на гепатит. После двухнедельного обследования диагноз вирусного гепатита был исключен и больная переведена в хирургическую клинику с диагнозом механическая желтуха. Из анамнеза выяснено, что больная шесть месяцев назад перенесла трансмуральный инфаркт миокарда. При физикальном обследовании обнаружены признаки сердечной недостаточности (отеки нижних конечностей и увеличенная печень). При УЗИ визуализируется увеличенная печень умеренно повышенной эхогенности и однородной эхоструктуры с расширенными внутрипеченочными венами, и определяются признаки дистального блока холедоха. При папиллоскопии с биопсией диагностирована скirrosная аденокарцинома большого дуоденального сосочка. Билирубин 196 мкмоль/л. Определите сроки и объем предоперационной подготовки и обоснуйте рациональный объем оперативного вмешательства.

18. Больной, 50 лет, в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка. Особенно больших неприятностей заболевание ему не причиняло. Однако последний месяц больной отмечает, что у него усилились боли в эпигастриальной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул и позывы на стул после каждого приема пищи. В кале стали встречаться кусочки совершенно не переваренной пищи. Больной резко потерял в весе. Температура нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное количество слизи и непереваренной пищи. Что произошло с больным? Каким исследованием можно подтвердить свое предположение? Как лечить больного?

19. У больного, 39 лет, страдающего в течение многих лет язвенной болезнью желудка, в последнее время появилось чувство тяжести в эпигастриальной области, которое проходит обычно только после рвоты, которую больной нередко вызывает сам. Рвота обильная приносит облегчение, в рвотных массах примесь пищи, съеденной накануне. Больной значительно потерял в весе. Тургор кожи снижен, подкожно-жировая клетчатка отсутствует. Через истонченную брюшную стенку у больного на глаз определяется выпячивание грушевидной формы, в ответ, на массаж которого появляется перистальтика. Определяется шум плеска. О каком осложнении язвенной болезни можно подумать у данного больного? С помощью, каких исследований можно подтвердить Ваше предположение? Какова тактика в его лечении?

20. Больной, 48 лет, поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких, указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. 3 года назад перенес болезнь Боткина. У брата — туберкулез легких. Общее состояние больного удовлетворительное. Какие заболевания вам придется дифференцировать? Каковы будут ваши действия при поступлении такого больного? Что из дополнительных методов исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?

21. Больной, 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, а в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Сам пришел на прием. При осмотре пульс 100 уд. в 1 мин. Больной бледен. В эпигастриальной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили? Какие срочные дополнительные исследования Вы примените для подтверждения Вашего предположения? Куда и как Вы отправите на лечение больного?

22. У больного, 35 лет, поступившего в приемный покой, диагностирована кровоточащая язва желудка. Кровотечение скрытое, но подтверждено реакцией Грегерсена и падением гемоглобина и эритроцитов. Общее состояние больного вполне удовлетворительное. Какие назначения вы сделаете больному сразу при поступлении? Какова тактика в лечении данного больного?

23. Больной, 38 лет поступил к вам в отделение за два года третий раз по поводу желудочного кровотечения язвенной этиологии. Состояние больного средней степени тяжести. Пульс 96 в минуту, АД 100 и 60 мм рт. ст. Гемоглобин 100 г/л, эритроциты 3,5 г 10¹²/л, гематокрит 38 %. При ФГДС обнаружена язва в области угла желудка размером 10x8 мм с мелкими тромбированными сосудами. А) Сформулируйте диагноз и назначьте лечение. Как Вы будете контролировать гемостаз? Применением комплекса консервативных мероприятий кровотечение быстро остановлено и в течение недели состояние больного выровнялось и стало лучше, чем до наступления у него осложнения. Б) Какова ваша тактика в лечении этого больного?

24. Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение с язвенным желудочным кровотечением. Кровотечение у него появляется 3-й раз за два года. После применения целого ряда консервативных мероприятий кровавая рвота у него прекратилась, гемоглобин поднялся с 40 до 65 г/л. Общее состояние улучшилось. Через 2—3 часа вновь появилась обильная кровавая рвота. Гемоглобин упал до 55 и затем до 35 г/л. Какова ваша тактика лечения данного больного? Как организовать лечение?

25. Вы работаете 2 года в районной больнице хирургом. Заведующий отделением уехал в отпуск и вы остались его замещать. Поступил больной с обильным желудочным кровотечением. Выявлен длительный язвенный анамнез. Вы применили целый ряд консервативных мероприятий, включая небольшие гемостатические дозы крови. Но гемоглобин продолжает падать, пульс еще более участился, АД - 120 и 60 мм рт. ст. Вам ясно, что консервативными мероприятиями вам с кровотечением не справиться. Как вы поступите в данном случае?

26. Больной, 44 лет, поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Заболел внезапно. Появилась обильная кровавая рвота. Больной резко ослаб. Из анамнеза удалось выяснить, что он много лет злоупотреблял алкоголем. При обследовании больного обращала на себя внимание большая плотная селезенка. Печень не пальпировалась. Что, по вашему мнению, может служить источником кровотечения? Между какими заболеваниями следует дифференцировать?

27. По экстренным показаниям через два часа с начала заболевания госпитализирован больной, 42 лет. Болен 2 часа. Кровавая рвота возникла внезапно. Но больной отмечает, что в течение 2 лет кровотечение так начинается в 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре выражена венозная сеть на животе в виде «головы медузы». Пальпируется большая селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Вами поставлен диагноз кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. В чем будет заключаться неотложная помощь больному? Как следует обследовать больного в дальнейшем, после остановки кровотечения?

28. В приемное отделение дежурной больницы доставлен сорокалетний мужчина через три часа от начала заболевания с жалобами на многократную рвоту с кровью. Ранее ни чем не болел. Злоупотребляет несколько лет алкоголем. После обильного приема алкоголя появилась многократная рвота сначала пищей, а затем кровью. Объективно. Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожа бледная с капельками пота. Пульс 100 в минуту, АД - 90 и 50 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из под края реберной дуги на 3 см. При ректальном исследовании кал обычной окраски. Гемоглобин 90 г/л, Эр. - 3,0 г 10¹² /л, гематокрит - 36%. Ваш предположительный диагноз? Проведите дифференциальный диагноз. С помощью, каких исследований можно уточнить диагноз? Что следует предпринять?

29. Больной, 63 лет, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 месяца сильно похудел и ослаб. Сегодня утром у него появились головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул — кал дегтеобразный. После этого он был доставлен в хирургическое отделение. Чем вызвано подобное состояние больного? С помощью, каких исследований можно уточнить диагноз? Что следует предпринять?

30. Больной, 41 г., был госпитализирован в плановом порядке в хирургическое отделение клинической больницы с жалобами на боли в эпигастральной области. Болен в течение двух лет. За год до поступления в одной из больниц произведено наружное дренирование многокамерной нагноившейся кисты поджелудочной железы. После операции периодически возникали боли в эпигастрии, что сопровождалось гипертермией. При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. В эпигастрии слева от средней линии прощупывалось опухолевидное образование диаметром около 6 см. При клиническом и специальном исследовании, включая рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, гастродуоденоскопию и селективную целиако- и мезентерикографию, установлен диагноз хронического рецидивирующего панкреатита, кисты головки поджелудочной железы. Больному были определены показания к операции. При операции обнаружено, что тело и хвост поджелудочной железы обычной величины и консистенции, головка значительно уплотнена, при пункции ее жидкости не получено, срочная биопсия — склероз и хроническое воспаление железы. Обнаружено кистозное образование диаметром до 12 см, содержащее желтоватую жидкость, соединяющееся с головкой железы и растущее книзу, раздвигая брыжейку поперечной ободочной кишки. Выберете оптимальный объем оперативного вмешательства.

31. Больной, 30 лет, поступил в клиническую больницу в плановом порядке с жалобами на приступообразные боли в верхней половине живота с опоясывающей иррадиацией, поносы, похудание на 8 кг за год. Болен в течение трех лет. За это время 18 раз госпитализировался по поводу острого панкреатита. Злоупотребляет алкоголем. При обследовании, включая рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта, ультразвуковую эхографию, селективную целиакографию, установлен диагноз хронического рецидивирующего алкогольного панкреатита, кисты головки поджелудочной железы. При операции обнаружена интрапанкреатическая киста диаметром до 8 см в головке поджелудочной железы, тело и хвост железы увеличены, каменистой плотности. При цистопанкреатографии полости кисты сообщаются с главным панкреатическим протоком, который в дистальной части тела резко сужен. Какой объем оперативного вмешательства будет в данной ситуации наиболее рационален?

32. Больной, 47 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, плохой сон, слабость. На протяжении последних 2 лет у больного трижды наблюдались приступы болей в области правого подреберья, сопровождавшиеся повышением температуры до 39°C, неинтенсивной желтухой. После очередного приступа за два месяца до последней госпитализации желтуха прошла, но кожный зуд стойко держался. При обследовании: желтухи нет, край печени на 3 см ниже реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. При дуоденографии отмечен стеноз в области вертикальной части двенадцатиперстной кишки, дефект наполнения протяженностью около 5 см по внутренней стенке кишки с резкой деформацией окружающих складок слизистой оболочки. Дуоденоскопия: на внутренней стенке вертикальной части имеется опухолевая инфильтрация. Ваш диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить? Какая операция показана в этом случае?

33. Больная, 75 лет, считает себя больной около двух месяцев, когда стала отмечать слабость, анорексию, тошноту, тупые боли в правом подреберье, похудание. Через месяц выявились желтуха, прогрессирующий кожный зуд. Была госпитализирована в инфекционную больницу с подозрением на гепатит. После двухнедельного обследования диагноз вирусного гепатита был исключен и больная переведена в хирургическую клинику с подозрением на признаки дистального блока холедоха, при папиллоскопии с биопсией диагностирована скirrosная аденокарцинома дуоденального сосочка. Билирубин 196 мкмоль/л. Определите сроки и объем предоперационной подготовки и обоснуйте рациональный объем оперативного вмешательства.

34. Больная, 75 лет, считает себя больной около двух месяцев, когда стала отмечать слабость, анорексию, тошноту, тупые боли в правом подреберье, похудание. Через месяц выявились желтуха, прогрессирующий кожный зуд. Была госпитализирована в инфекционную больницу с подозрением на гепатит. После двухнедельного обследования диагноз вирусного гепатита был исключен и больная переведена в хирургическую клинику с диагнозом механическая желтуха. Из анамнеза выяснено, что больная шесть месяцев назад перенесла трансмуральный инфаркт миокарда. При физикальном обследовании обнаружены признаки сердечной недостаточности (отеки нижних конечностей и увеличенная печень). При УЗИ визуализируется увеличенная печень умеренно повышенной эхогенности и однородной эхоструктуры с расширенными внутрпеченочными венами, и определяются признаки дистального блока холедоха. При папиллоскопии с биопсией диагностирована скirrosная аденокарцинома большого дуоденального сосочка. Билирубин 196 мкмоль/л. Определите сроки и объем предоперационной подготовки и обоснуйте рациональный объем оперативного вмешательства.

2. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Симуляционный курс» для обучающихся 1 курса

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 зачёта.

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

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

ПК-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 применению эндоскопических методов диагностики и лечения

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

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся

Оценочные материалы в рамках дисциплины (КСР)

Форма(ы) текущего контроля успеваемости – *реферат*.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ:

1. Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых
2. Экстренная медицинская помощь
3. Эзофагогастродуоденоскопия
4. Колоноскопия
5. Бронхоскопия

3. Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1. Специализированные навыки в практической деятельности врача хирурга

Тема 1. «Экстренная медицинская помощь».

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Алгоритм оказания неотложной помощи при обструкции дыхательных путей инородным телом.
2. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии.
3. Алгоритм оказания неотложной помощи при бронхообструктивном синдроме.
4. Алгоритм оказания неотложной помощи при спонтанном пневмотораксе
5. Алгоритм оказания скорой медицинской помощи при острой дыхательной недостаточности.
6. Алгоритм оказания скорой медицинской помощи при легочном кровотечении.
7. Алгоритм оказания скорой медицинской помощи при внебольничной пневмонии.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите один правильный ответ

1. ДЛЯ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) одышка
- 2) боли в грудной клетке
- 3) артериальная гипотензия
- 4) цианоз
- 5) все ответы правильны

2. ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПНЕВМОТОРАКСА:

- 1) коллапс легкого
- 2) наличие воздуха в плевральной полости
- 3) смещение средостения в здоровую сторону
- 4) повышение прозрачности легочного поля
- 5) исчезновение сосудистого рисунка

3. ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА ГРУДНУЮ СТЕНКУ НАКЛАДЫВАЕТСЯ:

- 1) давящая повязка
- 2) фиксирующая повязка
- 3) окклюзионная повязка
- 4) крестообразная повязка
- 5) спиральная повязка

4. КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЮТ БРОНХОДИЛАТИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ?

- 1) β_2 -адреномиметики
- 2) М-холиномиметики
- 3) ганглиоблокаторы
- 4) β -адреноблокаторы
- 5) нитраты

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) вены нижних конечностей
- 2) вены верхних конечностей
- 3) правые отделы сердца
- 4) вены таза
- 5) левые отделы сердца

6. ПРИ ТЭЛА НА ЭКГ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

- 1) синдром Бругада
- 2) синдром удлиненного интервала QT
- 3) синдром QPSTQT

8. ЦИАНОЗ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ВИДИМЫХ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК УЖЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПРИ НАСЫЩЕНИИ КИСЛОРОДОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ МЕНЕЕ:

- 1) 70%
- 2) 80%
- 3) 90%
- 4) 100%
- 5) 60%

9. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТЯЖЕЛОЙ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) отек легких
 - 2) плеврит
 - 3) острая артериальная гипотензия
 - 4) легочное кровотечение
 - 5) инфекционно-токсический шок
10. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) преднизолон
 - 2) адреналин
 - 3) эуфиллин
 - 4) беротек ингаляционно
 - 5) любой из перечисленных
11. ПРИСТУП УДУШЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- 1) сердечной астмы
 - 2) ларингоспазма
 - 3) бронхиальной астмы
 - 4) все ответы неправильны
 - 5) все ответы правильны
12. ТОЛЬКО ДЛЯ ВТОРОЙ СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) неэффективность симпатомиметиков
 - 2) продолжительность приступа более 14 часов
 - 3) подключение дополнительной мускулатуры
 - 4) признаки "немного легкого"
 - 5) тахикардия до 128 в минуту
13. У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИСТУП УДУШЬЯ НЕ КУПИРУЮЩИЙСЯ ВВЕДЕНИЕМ ЭУФИЛЛИНА. НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО:

- 1) но-шпу
 - 2) преднизолон
 - 3) строфантин
 - 4) дибазол
 - 5) супрастин
14. В СИМПТОМОКОМПЛЕКС ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ВХОДИТ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ

- 1) вновь появившийся или усиливающийся кашель
- 2) экспираторная одышка
- 3) боль в грудной клетке, связанная с дыханием
- 4) лихорадка выше 38° С
- 5) ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ

- 1) ослаблением везикулярного дыхания на ограниченном участке
 - 2) бронхиальным дыханием
 - 3) крепитацией
 - 4) влажными крупнопузырчатыми хрипами
16. КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1) при остром бронхите
 - 2) при приступе бронхиальной астмы
 - 3) при экссудативном плеврите
 - 4) в начальной стадии острой пневмонии
17. РЖАВЫЙ ХАРАКТЕР МОКРОТЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) тромбоэмболии ветвей легочной артерии
 - 2) приступа бронхиальной астмы
 - 3) острой пневмонии
 - 4) обострения хронической обструктивной болезни легких
18. ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) одышка
 - 2) боль в грудной клетке, связанная с дыханием
 - 3) мокрота с прожилками крови
 - 4) синдром SI QIII на ЭКГ
19. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ КАШЛЕ, И ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) острого бронхита
 - 2) бронхиальной астмы
 - 3) сухого плеврита
 - 4) экссудативного плеврита
20. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ СУХОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) шум трения плевры
 - 2) ослабление дыхательных шумов
 - 3) крепитация
 - 4) влажные разнокалиберные хрипы
21. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) крупнопузырчатые влажные хрипы
- 2) шум трения плевры
- 3) крепитация
- 4) резкое ослабление дыхания на стороне поражения

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать врача в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача №1

Пациент 45 лет обратился с жалобой на одышку с затрудненным выдохом, приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, резкую слабость.

Возникновение приступа связывает с запахом краски (в цехе идет ремонт).

Объективно: пациент занимает вынужденное положение – сидит опираясь руками о край стула. Кожные покровы с цианотичным оттенком. Перкуторный звук коробочный. В легких выслушиваются в большом количестве сухие свистящие хрипы. ЧДД 28 в мин. Пульс 96 уд./мин.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику применения карманного ингалятора.

Задача №2

Бригада СМП была вызвана на дом к мужчине 25 лет, который жаловался на резкую боль в правой половине грудной клетки, одышку в состоянии покоя, сердцебиение, сухой кашель, это состояние развилось резко после подъема тяжести. До этого в течение двух месяцев больной отмечал плохой аппетит, резкое похудание, выраженную слабость, быструю утомляемость, потливость (особенно по ночам), кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, по вечерам повышение температуры до 37,20-37,40. Пациент состоял на учете в туберкулезном диспансере.

Объективно: кожные покровы бледные. Пациент пониженного питания. Перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено. ЧДД 32 в мин. Пульс 100 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Задания

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

Задача №3

Мужчина 50 лет обратился с жалобами на экспираторную одышку приступообразного характера, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой. Страдает бронхиальной астмой. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Количество ингаляций беродуала вынужден увеличить до 10 раз. Последние 2 дня приступ полностью не купируется. Состояние тяжелое. Ортопноэ. ЧДД 24 в мин. Шумный свистящий выдох. Кожа цианотичная, покрыта потом. Дыхание ослабленное, участки “немого” легкого. ЧСС 120 в мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

Задача №4

Больная 40 лет обратилась с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, кашель с выделением ржавой мокроты, одышку в состоянии покоя, озноб, повышение температуры до 39. Заболела остро два дня назад. После приема жаропонижающих таблеток состояние ухудшилось, появилась резкая слабость, головокружение, потливость. В течение часа температура снизилась до нормы.

Объективно: температура 36,8. Кожные покровы бледные, влажные, на губах герпетические высыпания. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука, здесь же выслушивается крепитация. Пульс малого наполнения, 100 уд./мин. АД 85/60 мм рт. ст. ЧДД 32 в мин.

Задания

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

Задача №5

Бригада СМП была вызвана на дом к пациенту 45 лет, который болен уже 10 дней. Вначале беспокоили сильный озноб, повышение температуры до 39, сухой кашель, боли в груди слева, а через неделю при кашле начала выделяться гнойная мокрота в больших количествах с очень неприятным запахом. Вечером пациент отметил, что при кашле стала выделяться алая пенная кровь в большом количестве, и была вызвана бригада —Скорой помощи.

Объективно: кожные покровы бледные. В легких при аускультации выслушиваются влажные хрипы различного калибра на фоне бронхиального дыхания. Тоны сердца ритмичные, пульс малого наполнения 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Задания

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

Задача №6

Бригада скорой помощи вызвана на дом к женщине 30 лет, которая жалуется на повышение температуры до 39 в течение 5 дней, слабость, потливость, боль и тяжесть в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку.

Объективно: пациентка из-за одышки вынуждена сидеть. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, здесь же резко ослаблено голосовое дрожание. Перкуторный звук резко укорочен. При аускультации справа в средних отделах легкого выслушивается резко ослабленное дыхание, а в нижних отделах дыхание не определяется. Пульс 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Задания

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

Задача №7

Пациент 60 лет жалуется на внезапное появление резкой боли за грудиной, одышку, кашель с отделением слизистой мокроты с прожилками крови. Пациент предпочитает лежать. Кожабледно-серая, цианотичная, шейные вены набухли, пульсация в яремной области. ЧДД 40 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 120 уд./мин. Граница относительной сердечной тупости смещена вправо. Систолический шум на легочной артерии. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Цианоз, гиперемия и отек левой голени, болезненность при пальпации вдоль сосудистого пучка.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и дайте обоснование каждого этапа.

Задача №8

Мужчина 50 лет обратился на прием к фельдшеру ФАП с жалобами на экспираторную одышку приступообразного характера, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой. Страдает бронхиальной астмой. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Количество ингаляций беродуала вынужден увеличить до 10 раз. Последние 2 дня приступ полностью не купируется. Состояние тяжелое. Ортопноэ. ЧДД 24 в мин. Шумный свистящий выдох. Кожа цианотичная, покрыта потом. Дыхание ослабленное, участки —немого легкого. ЧСС 120 в мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

Задача №9

Из населенного пункта в медпункт доставлен мужчина, 55 лет, с жалобами на усиление кашля, ощущения боли в грудной клетке и теплой струи. Пациент возбужден, испуган, бледен. Из рта выделяется розово-красная пенная кровь

синхронно кашлевым толчкам с небольшой струйкой из носа. Питание снижено. Увеличение надключичных и подмышечных лимфатических узлов. В легких выслушиваются обильные разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 28 в мин. Пульс 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст. В анамнезе рак легкого.

Задания

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

Задача №10

У мужчины 20 лет во время торопливой еды и разговора появился судорожный кашель, затруднение дыхания. Его беспокоит боль в области гортани. Пациент растерян, говорит с трудом, испытывает страх. Лицо цианотично. Осиплость голоса. Периодически повторяются приступы судорожного кашля и шумное дыхание с затруднением вдоха. Масса тела соответствует росту пациента.

Задания

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

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
2. Отработайте на муляжах алгоритмы оказания медицинской помощи пациенту на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Задание № 1. Алгоритм оказания экстренной помощи при бронхообструктивном синдроме.

Задание № 2. Алгоритм оказания экстренной помощи при тромбозе легочной артерии.

Задание № 3. Алгоритм оказания экстренной помощи при спонтанном пневмотораксе.

Задание № 4. Алгоритм оказания экстренной помощи при обтурации дыхательных путей инородным телом.

Неотложные состояния при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Клинические проявления острого коронарного синдрома, неотложная помощь.
2. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при кардиогенном шоке.
3. Клиника острой левожелудочковой сердечной недостаточности. Неотложная помощь.
4. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при гипертоническом кризе.
5. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при обмороке и коллапсе.
6. Стандарты оказания скорой медицинской помощи при брадикардиях.
7. Стандарты оказания скорой медицинской помощи при тахикардиях и тахиаритмиях.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО:

- а) дать нитроглицерин
- б) ввести обезболивающее
- в) вызвать кардиобригаду
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) истинный кардиогенный шок
- б) отек легких
- в) фибрилляция желудочков
- г) полная атриовентрикулярная блокада

3. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ САФАРА НА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- а) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
- б) Выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
- в) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта

4. ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ:

- а) метаболический алкалоз;
- б) метаболический ацидоз;
- в) респираторный алкалоз;
- г) респираторный ацидоз;
- д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз.

5. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К МАССИВНОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) коллапс;
- б) высокая температура тела;
- в) учащенный пульс;
- г) сухой кашель;
- д) застойные явления в малом круге кровообращения.

6. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ТАХИКАРДИИ, ВЫЗВАННОЙ НИТРОГЛИЦЕРИНОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) верапамил
- 2) новокаинамид
- 3) пропранолол
- 4) дигоксин

7. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ

- 1) увеличение толерантности к нагрузке
- 2) увеличение продолжительности болевых приступов
- 3) учащение болевых приступов
- 4) уменьшение эффекта от нитроглицерина

8. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ЭФФЕКТЕ ОТ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА СУБЛИНГВАЛЬНОГО ИЛИ В СПРЕЕ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ

- 1) анальгина
- 2) морфина
- 3) нитропрепаратов внутривенно капельно
- 4) пропранолола

9. В РАЦИОНАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ТЕРАПИИ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ С ОТСУТСТВИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ВХОДИТ

- 1) ацетилсалициловая кислота, нитропрепараты в спрее или внутривенно капельно, при купировании боли — актив в поликлинику
- 2) экстренная госпитализация без дополнительных лечебных мероприятий
- 3) ацетилсалициловая кислота, нитропрепараты, гепарин, морфин при продолжающейся боли, обязательная госпитализация
- 4) ацетилсалициловая кислота, нитропрепараты, гепарин, морфин, вызов бригады интенсивной терапии или специализированной кардиологической бригады скорой медицинской помощи

10. ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) абдоминальная
- 2) аритмическая
- 3) ангинозная
- 4) астматическая

11. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- 2) иррадиация боли в левую руку
- 3) артериальная гипертензия
- 4) общая слабость

11. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПСЕВДОСИНДРОМ ОСТРОГО ЖИВОТА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
 - 1) астматической формы
 - 2) ангинозной формы
 - 3) абдоминальной формы
 - 4) аритмической формы
12. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИСТУП УДУШЬЯ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ БОЛЬЮ ЗА ГРУДИНОЙ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
 - 1) астматической формы
 - 2) ангинозной формы
 - 3) абдоминальной формы
 - 4) аритмической формы
13. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) лидокаин
 - 2) дигоксин
 - 3) верапамил
 - 4) аденозин
14. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) пропранолол
 - 2) новокаиномид
 - 3) дигоксин
 - 4) верапамил
15. ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ, РЕФРАКТЕРНОЕ К ДИГОКСИНУ, ДОЛЖНО КУПИРОВАТЬСЯ
 - 1) синхронизированной электрической кардиоверсией
 - 2) кордароном
 - 3) лидокаином
 - 4) панангином
16. НАИБОЛЬШИМ ЭФФЕКТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БРАДИКАРДИИ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ ОБЛАДАЕТ
 - 1) атропин
 - 2) эуфиллин
 - 3) электрокардиостимуляция
 - 4) допамин
17. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ В ОТЛИЧИЕ ОТ ОБОСТРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВНЕ КРИЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ
 - 1) повышением артериального давления более 160/110 мм рт.ст.
 - 2) сильной головной болью
 - 3) тошнотой, рвотой
 - 4) появлением мушек перед глазами
18. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО ТИПА ОТНОСИТСЯ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ
 - 1) быстрое развитие с преимущественным повышением систолического артериального давления
 - 2) головная боль, дрожь, сердцебиение
 - 3) гиперемия кожных покровов
 - 4) тошнота, рвота
19. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ГИПОКИНЕТИЧЕСКОГО ТИПА ОТНОСИТСЯ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ
 - 1) медленное развитие с преимущественным повышением диастолического артериального давления
 - 2) длительный анамнез гипертонической болезни
 - 3) гиперемия кожных покровов
 - 4) тошнота, рвота
20. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ОТНОСИТСЯ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ
 - 1) острый коронарный синдром
 - 2) острое нарушение мозгового кровообращения
 - 3) отек легких
 - 4) тромбоэмболия легочной артерии

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать врача в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача №1

После нервного перенапряжения у мужчины 42 лет возникли интенсивные продолжительные боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией под левую лопатку и в нижнюю челюсть. На дом был вызвана бригада СМП.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. Периферические вены спавшиеся. Резко снижена температура кожи кистей и стоп. Сознание нарушено – пациент резко заторможен. Тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения, частота 92 уд./мин. АД 80/60 мм рт.ст. Олигурия.

Задания

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

Задача №2

В конце напряженного трудового дня женщина, 35 лет, отметила резкое ухудшение состояния – появилась сильная головная боль, головокружение, тошнота, сердцебиение, учащенное обильное мочеиспускание. Вызвана бригада СМП

Объективно: пациентка возбуждена. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается акцент II тона на аорте. Пульс 100 уд./мин., ритмичный. АД 180/100 мм рт.ст.

Задания

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

Задача №3

Ночью бригада СМП вызвана на дом к пациенту 40 лет, который жаловался на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе 2 года назад перенес обширный инфаркт миокарда.

Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

Задания

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

Задача №4

Задача 8

Мужчина, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастральной области, тошноту, 2 раза была рвота. В анамнезе ишемическая болезнь сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, пульс 90 уд./мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Для исключения инфаркта миокарда врач сняла пациенту ЭКГ, где обнаружила изменения в виде резкого подъема сегмента ST, слившегося с зубцом T (монофазная кривая).

Задания

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

Задача №5

К врачу обратилась женщина, 40 лет, с жалобами на внезапно начавшийся приступ сердцебиения. Пациентка отметила резкую слабость, потливость. Раньше подобные приступы были, пациентка обследовалась.

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

Задания

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

Задача №6

Бригада СМП вызвана на дом к мужчине 53 лет. В анамнезе хронический алкоголизм. Жалобы на головные боли, слабость, онемение в правых конечностях, нарушение речи.

Объективно: опущен правый угол рта, ослаблена мышечная сила в правой руке, ноге. Тоны сердца приглушены, пульс 100 уд./мин. АД – 85/60 мм рт.ст. Для исключения инфаркта миокарда врач снял пациенту ЭКГ, где обнаружил изменения в виде резкого подъема сегмента ST, слившегося с зубцом T (монофазная кривая).

Задания

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

Задача №7

Вызов врача скорой помощи на дом. 44 летняя женщина сидит, опустив на пол ноги. Речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота, испуганное и напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, носа. Клокочущее

дыхание, кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты. Над всей поверхностью легких мелкопузырчатые хрипы. Аускультация сердца затруднена. Пульс 120 уд./мин., аритмичен. На ЭКГ признаки нарастающей перегрузки левых отделов сердца. В анамнезе порок сердца (митральный стеноз).

Задания

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

Задача №8

У пациента, 18 лет, при заборе крови из вены в процедурном кабинете отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, расширение зрачков. Была кратковременная потеря сознания. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс 60 уд./мин. В горизонтальном положении у больного сознание быстро и полностью восстановилось.

Задания

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

Задача №9

Вызов врача скорой помощи на дом к пациенту 68 лет. В анамнезе ишемическая болезнь сердца. Отмечает незначительные боли в сердце, внезапно возникшее затруднение дыхания, кашель с выделением розовой мокроты. Состояние тяжелое, акроцианоз, ЧДД 36 в мин. Затруднены вдох и выдох. АД 100/60 мм рт.ст. Пульс 110 уд./мин. Мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких. На ЭКГ широкий, глубокий зубец Q, сегмент ST выше изолинии.

Задания

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

Задача №10

Мужчина 65 лет обратился на прием к врачу с жалобами на сердцебиение, одышку, головные боли. Эти жалобы беспокоят пациента в течение 2-х лет. К врачам ранее не обращался, самостоятельно не лечился. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца- усилилась одышка, он может спать только если голова находится на возвышении. Акроцианоз, бледность кожных покровов. ЧДД 24 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации- аритмия, акцент II тона на аорте. Увеличение границы сердца влево. АД 190/110 мм рт.ст. Пульс 80 уд./мин.

Задания

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

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
2. Отработайте на муляжах алгоритмы оказания медицинской помощи пациенту на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Задание № 1. Алгоритм оказания экстренной помощи при остром коронарном синдроме, осложненном кардиогенным шоком.

Задание № 2. Алгоритм оказания экстренной помощи при остром коронарном синдроме, осложненном отеком легких.

Задание № 3. Алгоритм оказания экстренной помощи при расслоении аневризмы аорты.

Тема 2. Эзофагогастродуоденоскопия

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Показания. Противопоказания. Осложнения.
2. Подготовка больного. Премедикация. Обезболивание.
3. Устройство эндоскопа. Подготовка аппаратуры.
4. Введение эндоскопа.
5. Последовательность эндоскопического осмотра.
6. Особенность осмотра пищевода и пищеводно-желудочного перехода.
7. Биопсия.
8. Регистрация осмотра.
9. Выполнение диагностических манипуляций, совмещенных с эзофагоскопией.

10. Лечебные и оперативные манипуляции через эндоскоп.
11. Окончание эндоскопического исследования.
12. Обработка аппаратуры.
13. Оформление протокола и заключения исследования.
14. Ведение больного после исследования.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами выполнения эзофагогастродуоденоскопии.
2. Отработайте на виртуальном хирургическом тренажере алгоритмы эзофагогастродуоденоскопии на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Тема 3. Колоноскопия

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Показания. Противопоказания. Осложнения.
2. Подготовка больного. Премедикация. Обезболивание.
3. Устройство эндоскопа. Подготовка аппаратуры.
4. Введение эндоскопа.
5. Последовательность эндоскопического осмотра.
6. При осмотре гастродуоденального перехода обратить внимание на локализацию соединения желудочной и дуоденальной слизистых.
7. Ознакомиться с особенностями строения стенки ДПК.
8. Биопсия: поисковая и прицельная.
9. Регистрация осмотра.
10. Выполнение диагностических манипуляций, совмещенных с дуоденоскопией. Использование уточняющих методик.
11. Лечебные и оперативные манипуляции через эндоскоп.
12. Окончание эндоскопического исследования.
13. Обработка аппаратуры.
14. Оформление протокола и заключения исследования.
15. Ведение больного после исследования.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами выполнения колоноскопии.
2. Отработайте на виртуальном хирургическом тренажере алгоритмы колоноскопии на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Тема 4. Бронхоскопия

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Показания. Противопоказания. Осложнения.
2. Подготовка больного. Премедикация. Обезболивание его особенности.
3. Устройство эндоскопа. Подготовка аппаратуры.
4. Введение бронхоскопа (регидного и гибкого). Эндоскопические ориентиры.
5. Последовательность осмотра.
6. Особенность осмотра.
7. Биопсия, взятие смыва из бронхиального дерева.
8. Регистрация осмотра.
9. Выполнение диагностических манипуляций, совмещенных с бронхоскопией. Изучение рентгенограмм и томограмм грудной клетки. Использование некоторых уточняющих методик.
10. Лечебные и оперативные манипуляции через эндоскоп.
11. Окончание эндоскопического исследования.
12. Обработка аппаратуры.
13. Оформление протокола и заключения исследования.
14. Ведение больного после исследования.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами выполнения бронхоскопии.
2. Отработайте на виртуальном хирургическом тренажере алгоритмы бронхоскопии на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Тестирование	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется при условии 75-89% правильных ответов
	«ТРИ БАЛЛА» выставляется при условии 60-74% правильных ответов
	«ДВА БАЛЛА» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов.
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Письменный опрос	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется студенту, если он владеет понятийным аппаратом, демонстрирует глубину и полное овладение содержанием учебного материала, в котором легко ориентируется
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется студенту, за умение грамотно излагать материал, но при этом содержание и форма ответа могут иметь отдельные неточности;
	«ТРИ БАЛЛА» выставляется, если студент обнаруживает знания и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, последовательно, допускает неточности в определении понятий, не умеет доказательно обосновывать свои суждения;
	«ДВА БАЛЛА» выставляется, если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл.
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Проблемно-ситуационные задачи	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» – студент правильно и полно проводит первичную оценку состояния, самостоятельно выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» – студент правильно проводит первичную оценку состояния, выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку. Допускаются отдельные незначительные затруднения при ответе; обоснование и итоговая оценка проводятся с дополнительными комментариями преподавателя;
	«ТРИ БАЛЛА» – студент правильно, но неполно проводит первичную оценку состояния пациента. Выявление удовлетворения каких потребностей нарушено, определение проблемы пациента возможен при наводящих вопросах педагога. Ставит цели и планирует врачебные вмешательства без обоснования, проводит текущую и итоговую оценку с наводящими вопросами педагога; затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации
	«ДВА БАЛЛА» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Практические навыки	«ПЯТЬ БАЛЛОВ». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются.
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.
	«ТРИ БАЛЛА». Студент проявил знания основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности, но допустил не более одной принципиальной ошибки, рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима.
	«ДВА БАЛЛА». Студент обнаружил существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Защита реферата	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется, если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется, если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	«ТРИ БАЛЛА» выставляется, если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	«ДВА БАЛЛА» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета по зачетным билетам, содержащим два теоретических вопроса (в устной форме), один практический вопрос (в форме демонстрации практических навыков)

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:

если форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет:

$R_d = R_t + R_6 + R_3$, где

R₆ - бонусный рейтинг;

R_d - дисциплинарный рейтинг;

R₃ - зачетный рейтинг;

R_t - текущий рейтинг;

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Зачтено - Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

При выполнении практического навыка - полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.

Не зачтено - Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

При выполнении практического навыка - существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению
2. Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний
3. Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ
4. Основы здорового образа жизни, методы его формирования
5. Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний органов желудочно-кишечного тракта
6. Принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования заболеваний органов желудочно-кишечного тракта
7. Организация работы подчинённого коллектива по проведению диагностической эндоскопии в чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных конфликтах.
8. Принципы и организация медицинской сортировки, порядок оказания специализированной медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных конфликтах на этапах медицинской эвакуации
9. Порядок организации медицинской эвакуации в режиме чрезвычайных ситуаций, при террористических актах и военных конфликтах
10. Принципы организации оказания экстренной консультативной медицинской помощи, в том числе с применением информационно-телекоммуникационных технологий
11. Клинические рекомендации по проведению диагностической эндоскопии населению в чрезвычайных ситуациях, применительно к своей специальности
12. Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту пациентов с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта
13. Медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики заболеваний органов желудочно-кишечного тракта у пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
14. Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Эндоскопия»
15. Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
16. Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
17. Порядок организации диспансерного наблюдения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
18. Порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких
19. Требования пожарной безопасности, охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка
20. Основные положения законодательных и нормативно-правовых документов, регламентирующие организацию и оказание медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных конфликтах
21. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
22. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
23. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких
24. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких
25. Принципы и методы медицинских вмешательств, в том числе эндоскопических и (или) эндосонографических, у пациентов с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
26. Медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта у пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
27. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагоскопия, эзофагоскопия трансназальная
28. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагогастродуоденоскопия, эзофагогастродуоденоскопия со стимуляцией желчеотделения, эзофагогастродуоденоскопия трансназальная
29. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагогастродуоденоскопия флюоресцентная, эзофагогастродуоденоскопия с введением лекарственных препаратов
30. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагогастроскопия, установка назоинтестинального зонда, эзофагогастроскопия трансназальная
31. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагогастроинтестиноскопия, эзофагогастроинтестиноскопия трансназальная
32. Техника выполнения эндоскопических вмешательств -интестиноскопия, интестиноскопия одно/двухбаллонная
33. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - тонкокишечная эндоскопия видеокапсульная
34. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта - увеличительное эндоскопическое исследование слизистой органов желудочно-кишечного тракта, конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой органов желудочно-кишечного тракта
35. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта - аутофлюоресцентное эндоскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта, узкоспектральное nbi-исследование органов желудочно-кишечного тракта, эндоскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта в режиме интеллектуального цветового выделения (fice), хромоскопия, контрастное исследование органов желудочно-кишечного тракта
36. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта - доставка видеокапсулы в желудочно-кишечный тракт эндоскопическая
37. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта - описание и интерпретация данных эндоскопических исследований с применением телемедицинских технологий
38. Принципы и методы медицинских вмешательств, в том числе эндоскопических, у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
39. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта -13с-уреазный дыхательный тест на helicobacter pylori, биопсия пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой кишки с помощью эндоскопии
40. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эндосонография панкреатобиллиарной зоны, желудка, двенадцатиперстной кишки, пищевода
41. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта восходящая папиллография фатерова сосочка, ретроградная холангиопанкреатография, литоэкстракция из холедоха
42. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта - аноскопия, ректороманоскопия, видеокOLONOSKOPIИ
43. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - сигмоскопия, ректосигмоидоскопия, ректосигмоидоскопия с введением лекарственных препаратов
44. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - биопсия ободочной кишки эндоскопическая, биопсия сигмовидной кишки, прямой кишки с помощью видеоэндоскопических технологий
45. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта - увеличительное эндоскопическое исследование слизистой органов желудочно-кишечного тракта, конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой органов желудочно-кишечного

- тракта, аутофлюоресцентное эндоскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта
46. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта - узкоспектральное nbi-исследование органов желудочно-кишечного тракта, эндоскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта в режиме интеллектуального цветового выделения (fice), хромоскопия, контрастное исследование органов желудочно-кишечного тракта
 47. Техника выполнения эндоскопических вмешательств -эндосонография толстой кишки, прямой кишки
 48. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта у пациентов детского возраста: видеоколоноскопия; толстокишечная эндоскопия видеокапсульная
 49. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - колоноскопия, видеоколоноскопия, колоноскопия с введением лекарственных препаратов
 50. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - толстокишечная эндоскопия видеокапсульная
 51. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - кишечного тракта восходящая папиллография фатерова сосочка, ретроградная холангиопанкреатография, литоэкстракция из холедоха
 52. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - бронхоскопия; бронхоскопия жестким бронхоскопом рентгенохирургическая; бронхоскопия, аутофлюоресцентная, бронхоскопия с использованием ультраспектрального метода
 53. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - трахеоскопия, трахеобронхоскопия; видеотрахеобронхоскопия, узкоспектральное эндоскопическое исследование гортани, трахеи и бронхов; конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой гортани, трахеи и бронхов, биопсия лимфатического узла с использованием видеоэндоскопических технологий
 54. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - биопсия лимфатического узла с использованием видеоэндоскопических технологий; биопсия тканей трахеи под контролем трахеоскопического исследования; биопсия легких при бронхоскопии, биопсия аспирационная из нижних дыхательных путей, биопсия трахеи, бронхов при бронхоскопии, получение трахео-бронхиального смыва, получение фаринго-трахеальных аспириатов
 55. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - бронхо-альвеолярный лаваж; эндотрахеальное введение лекарственных препаратов
 56. Техника выполнения эндоскопических вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких - эндосонографическое исследование трахеи и бронхов, эндосонография средостения чреспищеводная
 57. Принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких в неотложной форме в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 58. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные): эзофагоскопия, эзофагоскопия трансназальная
 59. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные): эзофагогастродуоденоскопия, эзофагогастродуоденоскопия с введением лекарственных препаратов, эзофагогастродуоденоскопия трансназальная
 60. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные): эзофагогастроскопия, эзофагогастроскопия трансназальная
 61. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные): биопсию слизистой органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, уреазный дыхательный тест
 62. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные): хромоскопия, контрастное исследование органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, узкоспектральную эндоскопию в режимах узкого спектра света
 63. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта: колоноскопия, колоноскопия с введением лекарственных препаратов, видеоколоноскопия
 64. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта: аноскопия, ректороманоскопия
 65. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта - сигмоскопия, ректосигмоидоскопия, ректосигмоидоскопия с введением лекарственных препаратов
 66. Метод эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта биопсию слизистой органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта: эндоскопия в режимах узкого спектра света, хромоскопия, контрастное исследование органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
 67. Методы лабораторных и инструментальных исследований пациентов с заболеваниями верхнего отдела желудочно - интерпретации результатов исследований пациентов с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
 68. Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в том числе у детей
 69. Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, в том числе у детей
 70. Методы клинической и параклинической диагностики с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
 71. Заболевания верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, требующие оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах
 72. Заболевания верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, требующие оказания медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара
 73. Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
 74. Диагностика, консервативное, эндоскопическое и хирургическое лечение пациентов с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.
 75. Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых при проведении эндоскопических диагностики и лечения; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
 76. Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых для пациентов с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
 77. Методы лабораторных и инструментальных исследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации результатов исследований пациентов с заболеваниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
 78. Методы клинической и параклинической диагностики заболеваний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
 79. Заболевания и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме
 80. Заболевания и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, требующие оказания медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара
 81. Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате эндоскопических исследований у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
 82. Диагностика, консервативное, эндоскопическое и хирургическое лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта.
 83. Перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки тяжести состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов
 84. Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний, приводящих к развитию экстренных состояний
 85. Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
 86. Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких
 87. Методы лечения пациентов с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

- прохода (ануса) и анального канала, опухоли
125. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта -эндоскопическое электрохирургическое удаление опухоли, эндоскопическая комбинированная операция: электрорезекция, аргонноплазменная коагуляция и фотодинамическая терапия опухоли
 126. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта -эндоскопическая лазерная коагуляция при новообразованиях толстой кишки, ректосигмоидного соединения, прямой кишки заднего прохода (ануса) и анального канала, опухоли
 127. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях органов нижнего отдела желудочно-кишечного тракта -эндоскопическая фотодинамическая терапия при новообразованиях ректосигмоидного соединения, прямой кишки, толстой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала, опухолей
 128. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -эндоскопическое стентирование трахеи "t-образной трубкой"
 129. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -остановка кровотечения из нижних дыхательных путей с использованием видеэндоскопических технологий, эндоскопическая остановка кровотечения с помощью лазерной фотокоагуляции
 130. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -удаление инородного тела трахеи, бронха или легкого
 131. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -эндопротезирование трахеи; эндопротезирование бронхов
 132. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -эндоскопическое стентирование при опухолевом стенозе; эндоскопическое бужирование стриктур анастомозов; эндоскопическая дилатация стриктур анастомозов
 133. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -эндоскопическая реканализация и эндопротезирование трахеи как этап комбинированного лечения; эндоскопическая реканализация и эндопротезирование бронха как этап комбинированного лечения, эндоскопическая лазерная реканализация и устранение дыхательной недостаточности при стенозирующей опухоли трахеи, при стенозирующей опухоли бронхов
 134. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -эндоскопическое электрохирургическое удаление опухоли трахеи; эндоскопическое электрохирургическое удаление опухоли бронхов; эндоскопическое электрохирургическое удаление опухоли
 135. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -эндоскопическая аргонноплазменная коагуляция опухоли бронхов; эндоскопическая аргонноплазменная коагуляция новообразований нижних дыхательных путей и легочной ткани; эндоскопическая аргонноплазменная коагуляция при новообразованиях трахеи
 136. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -эндоскопическая лазерная деструкция опухоли трахеи и бронхов; эндоскопическая лазерная хирургия при заболеваниях трахеи и бронхов; эндоскопическая лазерная реканализация и устранение дыхательной недостаточности при стенозирующей опухоли трахеи, бронхов
 137. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -эндоскопическая Nd: Yag лазерная коагуляция при новообразованиях трахеи; эндоскопическая лазерная коагуляция опухоли; эндоскопическая остановка кровотечения с помощью лазерной фотокоагуляции
 138. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -эндоскопическая фотодинамическая терапия новообразований верхних дыхательных путей; поднаркозная эндоскопическая фотодинамическая терапия опухоли трахеи, новообразований нижних дыхательных путей и легочной ткани, опухоли бронхов, при новообразованиях трахеи
 139. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -эндоскопическое воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани; эндобронхиальное воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением при заболеваниях нижних дыхательных путей
 140. Техника выполнения эндоскопических и эндосонографических, в том числе оперативных вмешательств, при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких -эндоскопическая комбинированная операция: электрорезекция, аргонноплазменная коагуляция и фотодинамическая терапия опухоли трахеи, опухоли бронхов

Перечень практических заданий для проверки практических навыков

1. Эзофагогастродуоденоскопия
2. Гастроскопия
3. Дуоденоскопия
4. Ректоскопия
5. Медиастиноскопия
6. Торакоскопия
7. Бронхоскопия
8. Ригидная бронхоскопия
9. Колоноскопия
10. Ректороманоскопия
11. Холедохоскопия
12. Лапароскопия
13. Пункция (лапароцентез) брюшной полости
14. Прицельная биопсия из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов
15. Извлечение инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов ЖКТ и толстой кишки во время эндоскопического исследования
16. Местный гемостаз во время эзофагогастродуоденоскопии
17. Эндоскопическая полипэктомия
18. Эндоскопическое удаление доброкачественных опухолей из пищевода и желудка
19. Расширение и рассечение рубцовых и послеоперационных сужений пищевода
20. Палилосфинктеротомия и вирсунготомия и извлечение камней из протоков
21. Установление зонда для питания
22. Дренаж брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства
23. Удаление органов малого таза во время лапароскопии по показаниям
24. Удаление органов брюшной полости во время лапароскопии по показаниям
25. Лапаротомия
26. Ушивание лапаротомной раны
27. Ушивание перфоративной язвы
28. Оцените результаты ЭГДС
29. Оцените результаты УЗ исследования органов брюшной полости.
30. Оценить результаты исследования биоптата почечной ткани.
31. Оценить результаты общего анализа мочи
32. Оценить результаты компьютерной томографии (КТ).
33. Оценить результаты рентгенографии грудной клетки.
34. Методика внутривенной инъекции.
35. Методика катетеризации периферической вены.
36. Методика внутримышечной инъекции.
37. Техника использования автоматического наружного дефибрилятора.
38. Техника введения желудочного зонда через нос.
39. Техника введения желудочного зонда через рот.
40. Техника промывания желудка.
41. Техника плевральной пункции.
42. Техника наложения повязки на раневую поверхность.

43. Проведение расширенной СЛР взрослому.
44. Оказание помощи при истинном утоплении.
45. Оказание помощи при синкопальном утоплении.
46. Оказание помощи при сердечной астме
47. Оказание помощи при отеке легких
48. Оказание помощикардиогенном шоке
49. Оказание помощи при анафилактическом шоке
50. Оказание помощи при асфиксии
51. зондирование желудка;
52. сифонная клизма;
53. назоинтестинальная интубация;
54. аноскопия;
55. ректороманоскопия;
56. зондирование свищевых ходов;
57. проба с метиленовым синим;
58. взятие материала для цитологического, гистологического исследования
59. из прямой кишки;
60. установка зонда Блэкмора;
61. взятие материала для цитологического, гистологического исследования из печени во время операции

Операции:

1. диагностическая и лечебная лапароскопия;
2. лапароцентез;
3. трахеостомия;
4. аппендэктомия;
5. наложение гастро- и еюностомы;
6. санация и дренирование брюшной полости при перитоните;
7. наложение эпицистостомы;
8. инструментальные методы коагуляции геморроидальных узлов;
9. наложение латексных колец на внутренние геморроидальные узлы;
10. бужирование стриктуры заднего прохода;
11. экстренная лапаротомия, ушивание ран толстой кишки, резекция кишки при повреждениях;
12. наложение илеостомы;
13. наложение колостомы;
14. удаление инородных тел прямой кишки;
15. эпицистотомия.

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра «Хирургии»
направление подготовки (специальность)
дисциплина «Симуляционный курс»

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1.

I. Заболевания и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме.

II. Техника выполнения эндоскопических вмешательств - эзофагогастроинтестиноскопия, эзофагогастроинтестиноскопия трансназальная.

Демонстрация практических навыков

I. Оцените результаты ЭГДС

II. Пункция (лапароцентез) брюшной полости.

Заведующий кафедрой

(Мирошников С.В.)

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации

(Ткаченко И.В.)

Дата _____

Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации

Экстренная медицинская помощь

Лицевая маска для дыхательного мешка, Источник кислорода, Лицевая маска кислородная с резервуаром, Дыхательный мешок с резервуаром, Пульсоксиметр, Аспиратор медицинский, Комплект катетеров для санации, Орофарингеальный воздуховод (№ 3 и №4), Фонендоскоп, Тонометр, Электрокардиограф, Мануальный дефибриллятор и гель для электродов (желательно на тележке на колесиках), Устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца, Фонарик – ручка, Венозный жгут, Бутылка питьевой воды без газа (имитация), Пластиковой одноразовый стаканчик, Термометр инфракрасный (имитация), Экспресс – анализатор уровня глюкозы крови, Штатив для длительных инфузионных вливаний, Ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный, Желтый непрокальваемый контейнер с крышкой для отходов класса Б, Пакет для отходов класса А, Укладка Анти-ВИЧ, Экран защитный для глаз, Шпатель одноразовой в упаковке, Смотровые перчатки, Одноразовая лицевая маска, Спиртовые салфетки, Шприц 2 мл с иглой 0,1-0,25 мм, Шприц 10 мл с иглой 0,25-0,6 мм, Шприц 20 мл с иглой 0,4-0,8 мм, Периферический венозный катетер (ПВК) 14, 18, 20, 22 G, Система для внутривенных инфузий, Пластырь для ПВК, Бинт нестерильный, Смазывающее вещество (лубликант), Раствор натрия хлорида 0,9% 500 мл, Раствор декстрозы 5% 200 мл, Раствор декстрозы 10% 400 мл, 0,1% раствор эпинефрина 1 мг/мл, Раствор амидарона 50 мг/мл, Таблетки ацетилсалициловой кислоты 100 мг, Таблетки клопидогреля 75 мг или таблетки тикагрелора 90 мг, Спрей изосорбида динитрат, Сальбутамол, раствор для ингаляций 2,5 мг - 10 небул, Ипратропия бромид, раствор для ингаляций 500 мкг, Раствор 40% декстрозы, Раствор магния сульфата 250 мг/мл, Раствор дексаметазона 4 мг/мл, или раствор преднизолона 30 мг/мл, или раствор метилпреднизолона 30 мг/мл, Гидрокортизон (лиофилизат) 100 мг, Транексамовая кислота (Транексам) 50 мг/мл, Раствор урапидила 5 мг/мл, Раствор фуросемида 20 мг/2мл, Раствор гепарина 5000МЕ/мл, Раствор морфина гидрохлорида 1%, Омепразол лиофилизат 40 мг)

Эзофагогастродуоденоскопия

Фиброгастроскоп или видеогастроскоп, Осветитель-инсуффлятор для фиброгастроскопа или эндоскопическая стойка с видеоблоком, осветителеминсуффлятором для видеогастроскопа и монитором, Видеоконвертер для фиброгастроскопа (головка камеры), Видеосистема для видеоконвертера с монитором, Загубник, Контейнер для сбора отходов класса Б, Перчатки нестерильные разных размеров, Марлевые салфетки.

Колоноскопия

Контейнер для сбора отходов класса Б, Нестерильные перчатки разных размеров, Марлевая салфетка, Медигель, Колоноскоп.

Бронхоскопия

Фибробронхоскоп, Осветитель, Аспиратор, Контейнер для сбора отходов класса Б, Перчатки нестерильные, Марлевые салфетки, Медигель.

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-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: Основные патологические состояния, клинические симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	вопросы № 1-140
		Знать: Физикальные, лабораторные, инструментальные и другие методы раннего выявления основных клинических симптомов, синдромов заболеваний и нозологических форм.	
		Уметь: составить план обследования пациента, провести анализ полученных данных, диагностировать симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы и их осложнений, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней; проводить дифференциальный диагноз, оценивать тяжесть заболевания.	практические задания № 1-64
		Владеть: комплексом практических навыков, необходимых для диагностики основных заболеваний внутренних органов, навыками формулировки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	практические задания № 1-64
2	ПК-6 готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения	Знать: Алгоритм обследования пациента с профильной патологией; основные и дополнительные методы обследования; классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы комплексного лечения; причины ошибок и осложнений при хирургическом лечении различных нозологических форм заболеваний, методы их выявления, устранения и предупреждения; показания и противопоказания к хирургическому лечению у профильных больных	вопросы № 1-140
		Уметь: Интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; выбирать оптимальный вариант лечения, назначать медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждать их нежелательные побочные действия; установить показания и определить адекватную методику хирургического лечения	
		Уметь: Оказать медицинскую помощь при состояниях, угрожающих жизни больного	практические задания № 1-64
		Владеть: Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с профильной патологией, нуждающихся в оказании эндоскопической помощи - методами профилактики и лечения ошибок и осложнений, возникающих при проведении эндоскопического лечения	
3	УК-1 Готовность абстрактному мышлению, синтезу анализу,	Знать: Основные методы анализа и синтеза информации, полученной в ходе коммуникации с пациентом	вопросы № 1-140
		Уметь: Абстрактно мыслить, анализировать и обобщать клинические симптомы, выявленные в ходе обследования пациента	практические задания 1-64
		Владеть: навыками абстрактного мышления, анализа и синтеза информации, полученной в процессе обследования и лечения пациента	практические задания 1-64

3. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Симуляционный курс» для обучающихся 2 курса

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 зачёта.

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 программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-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 терапевтической медицинской помощи

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся

Оценочные материалы в рамках дисциплины (КСР)

Форма(ы) текущего контроля успеваемости – реферат.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ:

1. Оказании неотложной помощи при нарушениях сердечного ритма и проводимости
2. Оказание неотложной помощи пациенту с различными вариантами гипертонического криза
3. Оказание неотложной помощи при поражении электрическим током
4. Оказание неотложной помощи при термической травме
5. Оказание неотложной помощи при черепно-мозговой травме
6. Оказание неотложной помощи при осложнениях сахарного диабета
7. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке
8. Внезапная сердечная смерть. Тактика при оказании реанимационных мероприятий
9. Дифференциальная диагностика при лихорадке неясного генеза
10. Дифференциальная диагностика при болях в грудной клетке
11. Дифференциальная диагностика при анемическом синдроме
12. Дифференциальная диагностика при бронхообструктивном синдроме
13. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме
14. Дифференциальная диагностика при мочевого синдроме
15. Дифференциальная диагностика при отечном синдроме
16. Дифференциальная диагностика при гепатолиенальном синдроме

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1. Оказание медицинской помощи в неотложной и экстренной форме

Тема 1. Неотложные состояния при заболеваниях органов дыхания, связанных с развитием острой легочной недостаточности

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Алгоритм оказания неотложной помощи при обструкции верхних дыхательных путей инородным телом.
2. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии.
3. Алгоритм оказания неотложной помощи при бронхообструктивном синдроме.
4. Алгоритм оказания неотложной помощи при спонтанном пневмотораксе.
5. Алгоритм оказания скорой медицинской помощи при острой дыхательной недостаточности.
6. Алгоритм оказания скорой медицинской помощи при легочном кровотечении.
7. Алгоритм оказания скорой медицинской помощи при внебольничной пневмонии.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите один правильный ответ

1. ДЛЯ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) одышка
- 2) боли в грудной клетке
- 3) артериальная гипотензия
- 4) цианоз
- 5) все ответы правильны

2. ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) коллапс легкого
- 2) наличие воздуха в плевральной полости
- 3) смещение средостения в здоровую сторону
- 4) повышение прозрачности легочного поля
- 5) исчезновение сосудистого рисунка

3. ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА ГРУДНУЮ СТЕНКУ НАКЛАДЫВАЕТСЯ:

- 1) давящая повязка
- 2) фиксирующая повязка
- 3) окклюзионная повязка
- 4) крестообразная повязка
- 5) спиральная повязка

4. ЭТА ГРУППА ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ БРОНХОДИЛАТИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ

- 1) β_2 -адреномиметики
- 2) М-холиномиметики
- 3) ганглиоблокаторы
- 4) β -адреноблокаторы
- 5) нитраты

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) вены нижних конечностей
- 2) вены верхних конечностей
- 3) правые отделы сердца
- 4) вены таза
- 5) левые отделы сердца

6.ПРИ ТЭЛА НА ЭКГ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ:

- 1) синдром Бругада
- 2) синдром удлиненного интервала QT
- 3) синдром S₁ Q₃ T₃

7.ЦИАНОЗ КОЖНОГО ПОКРОВА И ВИДИМЫХ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПРИ НАСЫЩЕНИИ КИСЛОРОДОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ МЕНЕЕ:

- 1) 70%
- 2) 80%
- 3) 90%
- 4) 100%
- 5) 60%

8.К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТЯЖЕЛОЙ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) отек легких
- 2) плеврит
- 3) острая артериальная гипотензия
- 4) легочное кровотечение
- 5) инфекционно-токсический шок

9.ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) преднизолон
- 2) адреналин
- 3) эуфиллин
- 4) беротек ингаляционно
- 5) любой из перечисленных

10.ПРИСТУП УДУШЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- 1) сердечной астмы
- 2) ларингоспазма
- 3) бронхиальной астмы
- 4) все ответы неправильны
- 5) все ответы правильны

11.ТОЛЬКО ДЛЯ ВТОРОЙ СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) неэффективность симпатомиметиков
- 2) продолжительность приступа более 14 часов
- 3) подключение дополнительной мускулатуры
- 4) признаки "немого легкого"
- 5) тахикардия до 128 в минуту

12.У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ТЯЖЕЛЫЙ ПРИСТУП УДУШЬЯ. ПОМИМО ЭУФИЛЛИНА НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО:

- 1) но-шпу
- 2) преднизолон
- 3) строфантин
- 4) дибазол
- 5) супрастин

13.В СИМПТОМОКОМПЛЕКС ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ВХОДИТ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) вновь появившийся или усиливающийся кашель
- 2) экспираторная одышка
- 3) боль в грудной клетке, связанная с дыханием
- 4) лихорадка выше 38° С

14.АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ВО ВТОРОЙ СТАДИИ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) ослабление везикулярного дыхания на ограниченном участке
- 2) бронхиальное дыхание
- 3) крепитация
- 4) влажные крупнопузырчатые хрипы

15.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1) при остром бронхите
- 2) при приступе бронхиальной астмы
- 3) при экссудативном плеврите
- 4) в начальной стадии крупозной пневмонии

16.РЖАВЫЙ ХАРАКТЕР МОКРОТЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) тромбоза ветвей легочной артерии
- 2) приступа бронхиальной астмы
- 3) крупозной пневмонии
- 4) обострения хронической обструктивной болезни легких

17. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) одышка
- 2) боль в грудной клетке, связанная с дыханием
- 3) мокрота с прожилками крови
- 4) синдром S₁ Q₃ T₃

18.БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ КАШЛЕ, И ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) острого бронхита
- 2) бронхиальной астмы
- 3) сухого плеврита
- 4) экссудативного плеврита

19.ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ СУХОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) шум трения плевры
- 2) ослабление дыхательных шумов
- 3) крепитация
- 4) влажные разнокалиберные хрипы

20.ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) крупнопузырчатые влажные хрипы
- 2) шум трения плевры
- 3) крепитация
- 4) резкое ослабление дыхания на стороне поражения

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать врача в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.

4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача №1. Пациент 45 лет обратился с жалобы на одышку с затрудненным выдохом, приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, резкую слабость. Возникновение приступа связывает с запахом краски (в цехе идет ремонт).

Объективно: пациент занимает вынужденное положение – сидит опираясь руками о край стула. Кожный покров – диффузный цианоз. ЧДД 28 в мин. Перкуторный звук – коробочный. В легких выслушиваются в большом количестве сухие свистящие хрипы. Пульс 96 уд./мин.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику применения карманного ингалятора.

Задача №2. Бригада СМП была вызвана на дом к мужчине 25 лет, который жаловался на резкую боль в правой половине грудной клетки, одышку в состоянии покоя, сердцебиение, сухой кашель, это состояние развилось резко после подъема тяжести. До этого в течение двух месяцев больной отмечал плохой аппетит, резкое похудание, выраженную слабость, быструю утомляемость, потливость (особенно по ночам), кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, по вечерам повышение температуры до 37,2⁰-37,4⁰. Пациент состоял на учете в туберкулезном диспансере.

Объективно: кожный покров бледный. Пациент пониженного питания. ЧДД 32 в мин. Перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено. Пульс 100 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 3. Мужчина 50 лет обратился с жалобами на экспираторную одышку приступообразного характера, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой. Страдает бронхиальной астмой. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Количество ингаляций беродуала вынужден увеличить до 10 раз. Последние 2 дня приступ полностью не купируется. Состояние тяжелое. Ортопноэ. ЧДД 24 в мин. Шумный свистящий выдох. Диффузный цианоз, кожный покров влажный. Перкуторно – коробочный тон. Дыхание ослабленное, участки “немого” легкого. ЧСС 120 в мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

Задача № 4. Больная 40 лет обратилась в приемный покой с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, кашель с выделением ржавой мокроты, одышку в состоянии покоя, озноб, повышение температуры до 39⁰С. Заболела остро два дня назад. После приема жаропонижающих таблеток состояние ухудшилось, появилась резкая слабость, головокружение, потливость. В течение часа температура снизилась до нормы.

Объективно: температура 36,8⁰С. Кожный покров бледный, влажный, на губах герпетические высыпания. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука, здесь же выслушивается крепитация. Пульс малого наполнения, 100 уд./мин. АД 85/60 мм рт. ст. ЧДД 32 в мин.

Задания

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

Задача № 5. Бригада СМП была вызвана на дом к пациенту 45 лет, который болен уже 10 дней. Вначале беспокоили сильный озноб, повышение температуры до 39⁰С, сухой кашель, боли в груди слева, а через неделю при кашле начала выделяться гнойная мокрота в больших количествах с очень неприятным запахом. Вечером пациент отметил, что при кашле стала выделяться алая пенная кровь в большом количестве, и была вызвана бригада скорой помощи.

Объективно: кожный покров бледный. В легких при аускультации слева выслушиваются влажные хрипы различного калибра на фоне бронхиального дыхания. Тоны сердца ритмичные, пульс малого наполнения 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 6. Бригада скорой помощи вызвана на дом к женщине 30 лет, которая жалуется на повышение температуры до 39⁰С в течение 5 дней, слабость, потливость, боль и тяжесть в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку.

Объективно: пациентка из-за одышки вынуждена сидеть. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, здесь же резко ослаблено голосовое дрожание. Перкуторный звук резко укорочен. При аускультации справа в средних отделах легкого выслушивается резко ослабленное дыхание, а в нижних отделах дыхание не определяется. Пульс 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 7. Пациент 60 лет жалуется на внезапное появление резкой боли за грудиной, одышку, кашель с отделением слизистой мокроты с прожилками крови. Пациент предпочитает лежать. Отмечается цианоз кожного покрова, шейные вены набухли, пульсация в яремной области. ЧДД 40 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 120 уд./мин. Граница относительной сердечной тупости смещена вправо. Систолический шум на легочной артерии. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Цианоз, гиперемия и отек левой голени, болезненность при пальпации вдоль сосудистого пучка.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и дайте обоснование каждого этапа.

Задача № 8. Из населенного пункта в медпункт доставлен мужчина, 55 лет, с жалобами на влажный кашель, ощущения боли в грудной клетке, слабость. Пациент возбужден, испуган, бледен. Из рта выделяется розово-красная пенная кровь синхронно с кашлевыми толчками. В анамнезе рак легкого. При осмотре: астеник. Кожный покров бледный, влажный. Увеличение надключичных и подмышечных лимфатических узлов. ЧДД 28 в мин. В легких выслушиваются обильные разнокалиберные влажные хрипы. Пульс 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 9. Ваш коллега, мужчина 20 лет, во время торопливой еды и разговора появился судорожный кашель, затруднение дыхания. Мужчина схватился за горло, растеряв, говорить не может. Лицо цианотично, страх смерти. Судорожное дыхание с затруднением вдоха, приступ кашля.

Задания

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

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
2. Отработайте на муляжах алгоритмы оказания медицинской помощи пациенту на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Задание № 1. Алгоритм оказания экстренной помощи при бронхообструктивном синдроме.

Задание № 2. Алгоритм оказания экстренной помощи при тромбозе легочной артерии.

Задание № 3. Алгоритм оказания экстренной помощи при спонтанном пневмотораксе.

Задание № 4. Алгоритм оказания экстренной помощи при обтурации дыхательных путей инородным телом.

Тема 2. Неотложные состояния при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Клинические проявления острого коронарного синдрома, неотложная помощь.
2. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при кардиогенном шоке.
3. Клиника острой левожелудочковой сердечной недостаточности. Неотложная помощь.
4. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при гипертоническом кризе.
5. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при обмороке и коллапсе.
6. Стандарты оказания скорой медицинской помощи при брадиаритмиях.
7. Стандарты оказания скорой медицинской помощи при тахикардиях.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО:

- а) дать нитроглицерин
- б) ввести обезболивающее
- в) вызвать кардиобригаду
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) истинный кардиогенный шок
- б) отек легких
- в) фибрилляция желудочков
- г) полная атриовентрикулярная блокада

3. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ САФАРА НА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- а) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
- б) Выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
- в) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта

4. ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ:

- а) метаболический алкалоз;
- б) метаболический ацидоз;
- в) респираторный алкалоз;
- г) респираторный ацидоз;
- д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз.

5. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К МАССИВНОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) коллапс;
- б) высокая температура тела;
- в) учащенный пульс;
- г) сухой кашель;
- д) застойные явления в малом круге кровообращения.

6. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ТАХИКАРДИИ, ВЫЗВАННОЙ НИТРОГЛИЦЕРИНОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) верапамил
- б) новокаиномид
- в) пропранолол
- г) дигоксин

7. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- а) увеличение толерантности к нагрузке
- б) увеличение продолжительности болевых приступов
- в) учащение болевых приступов
- г) уменьшение эффекта от нитроглицерина

8. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ЭФФЕКТЕ ОТ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА СУБЛИНГВАЛЬНО ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ МОГУТ БЫТЬ ВВЕДЕНЫ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- а) анальгина
- б) морфина
- в) нитропрепаратов внутривенно капельно
- г) пропранолола

9. БРИГАДА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ВЫЗОВЕ. ПАЦИЕНТ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ОТСУТСТВИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ. В ОБЪЕМ РАЦИОНАЛЬНЫЙ ТЕРАПИИ ВХОДИТ

- а) ацетилсалициловая кислота, нитраты в спрее или внутривенно капельно, при купировании боли — актив в поликлинику
- б) экстренная госпитализация без дополнительных лечебных мероприятий
- в) ацетилсалициловая кислота, нитропрепараты, гепарин, морфин при продолжающейся боли, обязательная госпитализация
- г) ацетилсалициловая кислота, нитропрепараты, гепарин, морфин, вызов бригады интенсивной терапии или специализированной кардиологической бригады скорой медицинской помощи

10. ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) абдоминальная
- б) аритмическая
- в) ангинозная
- г) астматическая

11. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- б) иррадиация боли в левую руку
- в) артериальная гипертензия
- г) общая слабость

12. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПСЕВДОСИНДРОМ ОСТРОГО ЖИВОТА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- а) астматической формы
- б) ангинозной формы
- в) абдоминальной формы
- г) аритмической формы

13. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИСТУП УДУШЬЯ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ БОЛЬЮ ЗА ГРУДИНОЙ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- а) астматической формы
- б) ангинозной формы
- в) абдоминальной формы
- г) аритмической формы

14. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) лидокаин
- б) дигоксин
- в) верапамил
- г) аденозин

15. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) пропранолол
- б) новокаиномид
- в) дигоксин
- г) верапамил

16. ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ, РЕФРАКТЕРНОЕ К ДИГОКСИНУ, ДОЛЖНО КУПИРОВАТЬСЯ

- а) синхронизированной электрической кардиоверсией
- б) кордароном
- в) лидокаином
- г) панангином

17. НАИБОЛЬШИМ ЭФФЕКТОМ КУПИРОВАНИЯ БРАДИКАРДИИ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ ОБЛАДАЕТ

- а) атропин
- б) эуфиллин
- в) электрокардиостимуляция
- г) допамин

18. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- а) повышение артериального давления более 160/110 мм рт.ст.
- б) сильная головная боль
- в) тошнота, рвота
- г) появление мушек перед глазами
- д) брадиаритмия

19. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО ТИПА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- а) быстрое развитие с преимущественным повышением систолического артериального давления
- б) головная боль, дрожь, сердцебиение
- в) гиперемия кожных покровов
- г) тошнота, рвота

20. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ГИПОКИНЕТИЧЕСКОГО ТИПА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- а) медленное развитие с преимущественным повышением диастолического артериального давления
- б) длительный анамнез гипертонической болезни
- в) гиперемия кожных покровов
- г) тошнота, рвота

21. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- а) острый коронарный синдром
- б) острое нарушение мозгового кровообращения
- в) отек легких
- г) тромбоэмболия легочной артерии

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать врача в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача № 1. После нервного перенапряжения у мужчины 42 лет возникли интенсивные продолжительные боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией под левую лопатку и в нижнюю челюсть. На дом был вызвана бригада СМП.

Объективно: Сознание нарушено – пациент резко заторможен. Кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. Кисти и стопы холодные. Периферические вены спавшиеся. Тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения, частота 92 уд./мин. АД 80/60 мм рт.ст. Олигурия.

Задания

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

Задача № 2. В конце напряженного трудового дня женщина, 35 лет, отметила резкое ухудшение состояния – появилась сильная головная боль, головокружение, тошнота, сердцебиение, учащенное обильное мочеиспускание. Вызвана бригада СМП.

Объективно: пациентка возбуждена. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается акцент II тона на аорте. Пульс 100 уд./мин., ритмичный. АД 180/100 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 3. Ночью бригада СМП вызвана на дом к пациенту 40 лет, который жаловался на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе - 2 года назад перенес обширный инфаркт миокарда.

Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются мелкопузырчатые незвучные влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 4. Мужчина, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастральной области, тошноту, 2 раза была рвота. В анамнезе ишемическая болезнь сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 90 уд./мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Данные ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 98 в мин. Ось не отклонена. Элевация сегмента ST в V₅₋₆, сливающегося с высоким зубцом T (монофазная кривая).

Задания

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

Задача № 5. В приемный покой обратилась женщина, 40 лет, с жалобами на внезапно начавшийся приступ сердцебиения, перебои в работе сердца. Пациентка отметила резкую слабость, потливость. Ранее подобные приступы были, пациентка обследовалась.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца аритмичные с частотой 120 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 6. Бригада СМП вызвана на дом к мужчине 53 лет. Жалобы на головные боли, слабость, онемение в правых конечностях, нарушение речи. В анамнезе хронический алкоголизм.

Объективно: состояние средней степени тяжести, опущен правый угол рта, ослаблена мышечная сила в правой руке, ноге. ЧДД 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, пульс 100 уд./мин. АД – 185/100 мм рт.ст. На ЭКГ острой патологии не выявлено.

Задания

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

Задача № 7. Вызов врача скорой помощи на дом. 44 летняя женщина сидит в кровати, опустив на пол ноги. Клокочущее дыхание, кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты. Состояние средней степени тяжести, речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота, испуганное и напряженное из-за страха смерти. Акроцианоз. ЧДД 27 в минуту. Над всей поверхностью легких выслушиваются мелкопузырчатые незвучные хрипы. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 120 в минуту. АД 110/60 мм рт ст. На ЭКГ признаки нарастающей перегрузки левых отделов сердца. В анамнезе порок сердца (митральный стеноз).

Задания

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

Задача № 8. Пациентка, 18 лет, при заборе крови из вены в процедурном кабинете потеряла сознание. Кожный покров бледный, влажный. Пульс малого наполнения и напряжения на лучевых артериях, ритмичный, 100 в минуту. АД 80/60 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 9. Мужчина 65 лет обратился в приемный покой с жалобами на сердцебиение, одышку, головную боль в затылочной области, мелькание перед глазами. Эти жалобы беспокоят пациента в течение 2-х лет. К врачам ранее не обращался, самостоятельно не лечился. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца – отмечаются «скачки» АД, максимальные цифры 200/110 мм рт ст. появилась одышка при привычной физической нагрузке, периодически возникают отеки на стопах к вечеру. Объективно на момент осмотра: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. Акроцианоз. ЧДД 2 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации – тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона на аорте, ЧСС 60 в минуту. АД 190/110 мм рт.ст.

Задания

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

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
2. Отработайте на муляжах алгоритмы оказания медицинской помощи пациенту на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Задание № 1. Алгоритм оказания экстренной помощи при остром коронарном синдроме, осложненном кардиогенным шоком.

Задание № 2. Алгоритм оказания экстренной помощи при остром коронарном синдроме, осложненном отеком легких.

Задание № 3. Алгоритм оказания экстренной помощи при расслоении аневризмы аорты.

Тема 3. Синдром «острого живота». Тактика врача

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Синдром «острого живота». Классификация причин.
2. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при синдроме «острого живота».
3. Острая задержка мочи. Тактика врача.
4. Стандарты оказания скорой медицинской помощи при почечной колике.
5. Стандарты оказания скорой медицинской помощи при острой кишечной непроходимости.
6. Стандарты оказания скорой медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении.
7. Алгоритм оказания неотложной помощи при прободной язве желудка и ДПК, перфорациях кишечника.
8. Стандарты оказания скорой медицинской помощи при апоплексии яичника.
9. Порядок оказания скорой медицинской помощи при ургентных метроррагиях.
10. Алгоритм диагностики и неотложной помощи при прервавшейся внематочной беременности на догоспитальном этапе

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите один правильный ответ

1. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) острым холецистите
- 2) перфоративной язве желудка
- 3) острым аппендиците
- 4) кишечной непроходимости

2.МИНИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА КРОВОПОТЕРИ, КОТОРАЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ШОКА:

- 1) 10-20%
- 2) 20-30%
- 3) 30-40%
- 4) 40-50%
- 5) более 50%

3.ЗАЩИТНОЕ МЫШЕЧНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) острого перитонита
- 2) отечной формы панкреатита
- 3) инвагинации кишечника
- 4) желудочного кровотечения

4.ПРИ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1) рентгенография желудка с барием
- 2) УЗИ
- 3) экстренная ФГДС
- 4) экстренная операция

5.ПРИ СИНДРОМЕ "ОСТРОГО ЖИВОТА" НЕОБХОДИМО

- 1) сделать очистительную клизму
- 2) ввести обезболивающее
- 3) промыть желудок
- 4) применить холод, срочно госпитализировать больного

6.РВОТА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

- 1) многократная, не приносящая облегчения
- 2) однократная
- 3) многократная, приносящая облегчение
- 4) отсутствует

7.ПРИЧИНА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЭТО

- 1) печеночная недостаточность
- 2) закупорка камнем общего желчного протока
- 3) гемолиз эритроцитов
- 4) нарушение обмена веществ

8.ДЛЯ ПЕРФОРАЦИИ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО

- 1) вздутие живота
- 2) схваткообразные боли
- 3) исчезновение печеночной тупости
- 4) задержка стула и газов

9.ОПОЯСЫВАЮЩАЯ БОЛЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) острым панкреатите
- 2) острым холецистите
- 3) травме селезенки
- 4) перфоративной язве желудка

10.ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРИТОНИТА ЭТО

- 1) болезненность живота при пальпации
- 2) задержка стула и газов
- 3) рвота
- 4) симптомы раздражения брюшины

11.СИНДРОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- 1) острого перитонита
- 2) нарушения функции желудочно-кишечного тракта
- 3) внутреннего кровотечения
- 4) острой дыхательной недостаточности

12."ЧАШИ КЛОЙБЕРА" НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) разрыва печени
- 2) кишечного кровотечения
- 3) кишечной непроходимости
- 4) перфорации кишечника

13.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) старческий возраст
- 2) отсутствуют
- 3) гипертоническая болезнь
- 4) острая пневмония

14.ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ ВСЛЕДСТВИЕ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ

- 1) пузырь со льдом
- 2) мочегонные средства
- 3) обезболивающие
- 4) катетеризацию

15.ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ В

- 1) окологривную область
- 2) паховую область и бедро
- 3) плечо
- 4) эпигастрий

16. ПРИЧИНА БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ ЭТО

- 1) позывы на мочеиспускание
- 2) затрудненное мочеиспускание
- 3) спазм мочеточника и травма слизистой мочеточника
- 4) восходящая инфекция

17. ДЛЯ СНЯТИЯ ПРИСТУПА ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- 1) лазикс
- 2) димедрол
- 3) но-шпу
- 4) дибазол

18. СИМПТОМОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) недержание мочи
- 2) полиурия
- 3) острая боль в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника
- 4) задержка стула и газов

19. ПРЕРЫВАНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА ПРОИСХОДИТ чаще в сроке беременности

- 1) 11-12 недель
- 2) 9-10 недель
- 3) 7-8 недель
- 4) 4-6 недель
- 5) все перечисленное неверно

20. НАРУШЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА ПРОТЕКАЕТ СО СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ

- 1) скудные кровянистые выделения из половых путей
- 2) боли внизу живота и в подвздошной паховой области
- 3) при влагалищном исследовании
- 4) увеличение и болезненность придатков
- 5) верно б) и в)
- 6) верно все перечисленное

21. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА – ЭТО

- 1) остро возникшее кровотечение из яичника
- 2) разрыв яичника
- 3) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
- 4) верно а) и б)
- 5) все перечисленное

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать врача в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача № 1. Мужчина, 38 лет, обратился в приемный покой с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастральной области, тошноту, 2укратную рвоту. В анамнезе ишемическая болезнь сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 90 уд./мин. АД 140/90 мм рт.ст. Для исключения инфаркта миокарда было выполнено ЭКГ обследование. Заключение: Ритм синусовый, ЧСС 92 уд./минуту. Ось сердца отклонена влево. Элевация сегмента ST в III отведении, слившегося с высоким зубцом T (монофазная кривая).

Задания

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

Задача № 2. К врачу обратился мужчина 28 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, два раза была рвота, рвотные массы напоминают —кофейную гущу. В анамнезе язвенная болезнь желудка.

Объективно: кожные покровы бледные. Язык обложен грязно-серым налетом. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в области эпигастрия. Пульс 98 уд./мин. АД 100/70 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 3. К врачу обратился мужчина 30 лет с жалобами на остро возникшие очень интенсивные боли в поясничной области справа, боль иррадирует в паховую область. Мочеиспускание учащенное, болезненное, малыми порциями. Моча красного цвета.

Объективно: пациент возбужден, мечется от болей. Резко положительный симптом Пастернацкого справа. Пульс 100 уд./мин. АД 150/80 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 4. У мужчины 20 лет, состоящего на диспансерном учете с язвенной болезнью желудка, внезапно возникла острая боль в эпигастральной области. Боль иррадирует в правое плечо. Больной сидит на корточках, зажав руками живот. Кожа бледная, покрыта холодным потом. Пульс 80 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст. Живот втянут, напряжение мышц передней брюшной стенки, разлитая болезненность по всему животу. Зона печеночной тупости уменьшена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Задания

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

Задача № 5. К врачу обратилась пациентка 55 лет с жалобами на внезапное появление резких, острых болей в правом подреберье после нарушения диеты (ела жаренные пирожки). Боли иррадируют в правую половину грудной клетки. Больная возбуждена, стонет, пытается найти удобное положение. Кожа бледная, покрыта потом. Пульс 70 уд./мин. АД 130/80 мм рт.ст. При пальпации болезненность в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Выявляется френikus-симптом. В анамнезе желчно-каменная болезнь.

Задания

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

Задача № 6. К врачу обратился больной Б. 32-х лет, с жалобами на боли в области живота, периодического характера, иногда появляются ночью, натощак, при употреблении острой пищи, боли возникают через 3-4 часа. Улучшение отмечает после приема молока с содой в ночное время. Считает себя больным в течение 3-х лет, лечился отварами трав, прополисом, облепихой, состояние улучшалось. Но весной и осенью наступали обострения. Живет в тайге, охотник (лечиться нет времени). Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, употребляет алкоголь (самогон).

Объективно: общее состояние удовлетворительное, плотного телосложения, физически развит. Кожные покровы бледные чистые. В легких везикулярное дыхание. Тоны ритмичные до 74 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот овальной формы, симметричный, при пальпации болезнен справа от средней линии выше пупка. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не пальпируются.

Задания

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

Задача № 7. Больная С., 32 года, доставлена машиной скорой помощи в больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота больше справа, иррадиирующие в прямую кишку, слабость, головокружение. Заболела 2 часа назад, когда появились ноющие боли в правой паховой области, которые быстро нарастали в своей интенсивности и вскоре стали иррадиировать в область прямой кишки. Дома была тошнота, однократная рвота, кратковременная потеря сознания. Во время транспортировки появились скудные кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз, тахипное. АД - 70/40 мм рт. ст. Ps - 120 уд/мин., слабого наполнения. При пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность в нижних отделах живота, где выражен симптом Щеткина-Блюмберга, притупление перкуторного звука до уровня пупка.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки и влагалище бледные. Из цервикального канала скудные темные, кровянистые выделения. Бимануально: исследование затруднено из-за напряжения передней брюшной стенки и резкой болезненности. Матка и придатки четко не определяются. Влагалищные своды уплощены, особенно задний, резко болезненный («крик Дугласа»), движения за шейку также резко болезненные, симптом «плавающей» матки.

Задание:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие заболевания имеют схожую клиническую картину?
3. Какова врачебная тактика?
4. Предполагаемый объем операции?
5. Реабилитационные мероприятия?

Задача № 8. Больная Ф., 28 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на периодически повторяющиеся боли в правой паховой области, тошноту, мажущие кровянистые выделения из половых путей, слабость. Анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация полтора месяца назад, впервые отмечает задержку месячных. Половая жизнь с 22 лет, были одни роды и один медицинский аборт, осложнившийся воспалением придатков матки, лечилась в стационаре. В течение трех лет от беременности не предохраняется. Соматически здорова. В связи с задержкой месячных считала себя беременной, беременность была желанной. Два дня назад появились скудные темные кровянистые выделения, самочувствие оставалась удовлетворительным, к врачу не обращалась. В течение последних суток беспокоят периодические боли в правой паховой области, ночью они усилились, стали иррадиировать в задний проход, появилась тошнота. Кровянистые выделения продолжаются, усилились. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 37°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное. Пульс 78 уд/мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Передняя брюшная стенка не напряжена, участвует в акте дыхания, в правой подвздошной области отмечается болезненность. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Гинекологическое исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей. В зеркалах: шейка цилиндрическая, несколько цианотична, из наружного зева темно-красные, дегтеобразного вида, незначительные выделения. Вагинально: матка в антефлексии, несколько увеличена, шаровидной формы, размягчена, подвижная, безболезненная. Левые придатки без особенностей. Справа от матки определяются увеличенные и болезненные придатки, имеющие ретортообразную форму. Пальпация заднего свода умеренно болезненная. Влагалищные своды глубокие.

Задание:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования.
4. Врачебная тактика в случае подтверждения диагноза?
5. Предполагаемый объем операции в случае оперативного лечения?

Задача № 9. Больная З., 28 лет, доставлена бригадой скорой помощи в связи с резкими болями внизу живота, кратковременным обморочным состоянием, головокружением, слабостью, мельканием «мушек» перед глазами. Из анамнеза: в детстве болела дизентерией, воспалением легких. Менструации с 12 лет, без особенностей. Последняя менструация пришла в срок две недели назад, прошла как обычно. Половая жизнь с 23 лет. Было две беременности, закончившиеся родами. В течение трех лет с целью контрацепции принимала КОК. Последние три месяца используются барьерные методы контрацепции. Считает себя больной в течение трех часов, когда после подъема тяжести неожиданно появилась острая боль внизу живота справа, которая вскоре стала иррадиировать в задний проход, под левую ключицу. Была рвота и кратковременно теряла сознание, в течение последнего часа беспокоит головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, выраженная слабость.

Объективно: состояние больной тяжелое. Выражена бледность кожных покровов и слизистых. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс 120 уд/мин., слабого наполнения. АД 80/50 мм рт. ст. Язык чистый, слегка суховат. Передняя брюшная стенка незначительно напряжена, живот не участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается резкая болезненность живота в нижних отделах, больше справа. Перкуторно определяется притупление в боковых отделах живота. Симптомы раздражения брюшины положительны в гипогастрии.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы без особенностей. В зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений. Шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Влагалищное исследование: пальпация матки и придатков затруднены из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки, но создается впечатление, что матка не увеличена, в правильном положении, обычной консистенции, справа от матки нечетко определяется незначительно увеличенный, плотный болезненный яичник. Пальпация заднего свода резко болезненна, сам свод уплощен.

Задание:

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Каков план диагностических мероприятий?
4. Какова дальнейшая тактика?
5. Объем операции в случае оперативного лечения?

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
2. Отработайте на муляжах алгоритмы оказания медицинской помощи пациенту на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Задание № 1. Алгоритм оказания экстренной помощи при гиповолемии.

Задание № 2. Алгоритм оказания экстренной помощи при расслоении аневризмы аорты.

Тема 4. Неотложные состояния в неврологии, эндокринологии и аллергологии

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Клинические проявления острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), неотложная помощь.
2. Гипергликемическая кетоацидотическая кома: диагностика, неотложная помощь.
3. Гипогликемическая кома: диагностика, неотложная помощь.
4. Неотложная помощь при судорожном синдроме (эпилептиформные судороги).

5. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке.
6. Алгоритм оказания неотложной помощи при тиреотоксическом кризе.
7. Алгоритм оказания неотложной помощи при острой надпочечниковой недостаточности.
8. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при отеке Квинка.
9. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при крапивнице.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ПОКАЗАНО:

1. внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов;
2. подкожное введение аминазина;
3. внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина;
4. интубация трахеи для снятия бронхоспазма;
5. дегидратационная терапия.

2. ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. норадреналин;
2. преднизолон;
3. хлористый кальций;
4. димедрол;
5. адреналин.

3. ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

1. гиперемированы;
2. влажные;
3. желтушные;
4. сухие.

4. ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗАПАХ

1. алкоголя;
2. аммиака;
3. ацетона;
4. нет запаха.

5. ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

1. гиперемированные;
2. влажные;
3. желтушные;
4. сухие.

6. ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗАПАХ

1. алкоголя;
2. аммиака;
3. ацетона;
4. нет запаха.

7. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИМЕНЯЮТ ИНСУЛИН ДЕЙСТВИЯ

1. короткого;
2. среднего;
3. длительного;
4. сверх длительного.

8. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ЭУФИЛЛИН ПРОТИВОПОКАЗАН

1. супрастин
2. атропин
3. адреналин
4. преднизолон

9. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПО ДАННЫМ ГЛЮКОМЕТРА ГЛЮКОТЕСТА ПРИ СОДЕРЖАНИИ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ УЖЕ МЕНЬШЕ

1. 8,2 ммоль/литр
2. 5,5 ммоль/литр
3. 3,3 ммоль/литр
4. 2,6 ммоль/литр

10. ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПО ДАННЫМ ГЛЮКОМЕТРА ГЛЮКОТЕСТА ПРИ СОДЕРЖАНИИ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ УЖЕ БОЛЬШЕ

1. 3,3 ммоль/литр
2. 5,0 ммоль/литр
3. 7,0 ммоль/литр
4. 8,2 ммоль/литр

11. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

1. внезапным началом
2. влажными, бледными кожными покровами
3. сохранением тонуса глазных яблок
4. дыханием Куссмауля

12. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВНУТРИВЕННО ВВОДИТСЯ

1. тиамин 100 мг, затем 40 мл 40% раствора глюкозы
2. налоксон 0,4-0,8 мг
3. 40 мл 40% раствора глюкозы вместе с 6-8 ЕД инсулина
4. 200 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 60 капель в минуту

13. ЕСЛИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ 40 МЛ 40% РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ У БОЛЬНОГО ВОССТАНОВИЛОСЬ СОЗНАНИЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

1. предложить больному поест
2. дополнительно ввести внутривенно 40 мл 40% раствора глюкозы
3. ввести инсулин короткого действия, затем предложить больному поест
4. ввести поляризующую смесь

14. КЕТОАЦИДОТИЧЕСКАЯ КОМА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

1. внезапным началом
2. сухостью кожных покровов и слизистых
3. снижением тонуса глазных яблок
4. дыханием Куссмауля

15. ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЗАПАХ

1. ацетона
2. миндаля
3. алкоголя
4. отсутствует

16. ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ДЫХАНИЕ

1. не изменяется
2. редкое с длительными периодами остановки
3. частое и глубокое
4. частое и поверхностное

17. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

1. инсулинотерапии
2. инфузии кристаллоидных растворов
3. введении глюкокортикоидов
4. введении лазикса

18. ДЛЯ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАСТВОР

1. 10% глюкозы
2. 0,9% натрия хлорида
3. 4% натрия гидрокарбоната
4. полиглюкина

19. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. эмоциональная лабильность
2. экзофтальм
3. брадикардия
4. гипергидроз

20. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. повышение температуры тела, гипергидроз
2. гиперемия лица, экзофтальм
3. брадикардия
4. тошнота, рвота

21. ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПРОТИВОПОКАЗАН

1. раствор глюкозы
2. дексаметазон
3. анаприлин
4. аспирин

22. ОСТРАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ ВСЕМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ

1. сухими кожными покровами и слизистыми желто-коричневой окраски
2. резкой слабостью, адинамией
3. артериальной гипертензией
4. гипогликемией

23. К ПРИЧИНАМ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. разовое введение глюкокортикоидных препаратов в большой дозе
2. отмена глюкокортикоидных препаратов после их длительного применения
3. тяжелое течение инфекционных заболеваний пневмония, менингит и т.п.
4. травматический шок

24. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ ВВЕДЕНИЕ

1. глюкокортикоидных препаратов
2. кальция хлорида
3. кордиамина
4. панангина

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать врача в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача № 1. Молодая женщина обратилась в приемный покой с жалобами на выраженный, плотный, бледный, незудящий отек лица, затрудненное дыхание, слабость, тошноту, повышение температуры до 38°C. Это состояние развилось через 30 мин. после инъекции гентамицина.

Объективно: на лице значительно выраженный отек, выраженный отек верхних и нижних век, язык отечный, увеличен в размере. Пульс 110 уд./мин. АД 110/90 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 2. Пациенту, 35 лет, назначено амбулаторное лечение ампициллином в процедурном кабинете. Через несколько минут после в/м введения ампициллина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу (как бы обдало жаром), головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Одышка экспираторного характера. Глухие тоны сердца. Нитевидный пульс, 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и дайте обоснование каждого этапа.

Задача № 3. Бригада СМП вызвана в школу к пациенту 18 лет, страдающему инсулинзависимым сахарным диабетом. Со слов одноклассников несколько минут назад он пожаловался на чувство голода, дрожь, потливость, затем потерял сознание. Кожа бледная, влажная. Гипертонус мышц. Дыхание везикулярное. Пульс 100 уд./мин. АД 130/90 мм рт.ст.

Задания

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

Задача № 4. Вызов бригады СМП на дом. У 18 летней пациентки с инсулинзависимым сахарным диабетом в течение недели отмечались слабость, тошнота, рвота, апатия, оглушенность. По рекомендации врача получала 32 ед. протофана, 8 ед. актрапида. Более точный анамнез заболевания уточнить не удалось - пациентка из социально неблагополучной семьи.

Сознание угнетено. Отмечается рубез лица. Кожа и слизистые сухие. Тургор кожи снижен. Мягкие глазные яблоки. Тоны сердца приглушены. Пульс малого наполнения. АД 90/60 мм рт.ст. Глубокое, шумное дыхание. Во время осмотра потеряла сознание. Необходимое время для транспортировки в ЦРБ - 2 часа.

Задания

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

Задача № 5. Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с двоением в глазах и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа.

При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока наружу минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского справа.

Задание:

1. Предварительный клинический диагноз.
2. Как объяснить эпизод головокружения и двоения месяц назад?
3. Тактика врача.

Задача № 7. Больная Н., 16 лет на уроке в школе потеряла сознание. Отмечались генерализованные судороги тонико-клонического характера. Перед приступом ощутила запах жженой резины. С 10-летнего возраста 1-2 раза в год возникали состояния «замирания», приступы «неожиданного падения», которые девочка амнезировала. В течение последнего года появилась раздражительность, снохождение, сноговорение.

Эпилептические приступы отмечались у тети по материнской линии.

Объективно: общемозговой и очаговой симптоматики нет.

Задания:

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить предварительный диагноз.
3. Ваша тактика

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
2. Отработайте на муляжах алгоритмы оказания медицинской помощи пациенту на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Задание № 1. Алгоритм оказания экстренной помощи при анафилактическом шоке.

Задание № 2. Алгоритм оказания экстренной помощи при гипогликемии.

Задание № 3. Алгоритм оказания экстренной помощи при гипергликемии.

Задание № 4. Алгоритм оказания экстренной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения.

Задание № 5. Алгоритм оказания экстренной помощи при эпилептическом приступе.

Модуль 2. Сердечно-легочная реанимация: базовая и расширенная

Тема 1. Базовая сердечно-легочная реанимация.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Показания и противопоказания к сердечно-легочной реанимации
2. Алгоритм помощи при остановке дыхания и кровообращения
3. Стадии СЛР по П.Сафару
4. Реанимационный алфавит
5. Комплекс «АВС»
6. Критерии эффективности сердечно-легочной реанимации
7. Критерии прекращения реанимации

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите один правильный ответ

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН):

- a) 1 – 2
- б) 4 – 5
- в) 10 – 12
- г) 12 – 15

2. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПОСТРАДАВШЕГО БЕЗ СОЗНАНИЯ (УКАЗАНИЙ НА ТРАВМУ НЕТ) ЭТО:

- a) Уложить пострадавшего на спину и запрокинуть голову
- б) Уложить пострадавшего на спину и надеть ему шейный воротник
- в) Уложить пострадавшего на живот
- г) Придать устойчивое боковое положение

3. ТОЧКА ПРИЛОЖЕНИЯ РУК СПАСАТЕЛЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ВЗРОСЛОМУ ПОСТРАДАВШЕМУ ЭТО:

- a) Верхняя половина грудины
- б) Нижняя треть грудины
- в) Мечевидный отросток
- г) Эпигастральная область

4. СООТНОШЕНИЕ ВДУВАНИЙ ВОЗДУХА И КОМПРЕССИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ВЗРОСЛОМУ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- а) 1:5
- б) 1:15
- в) 2:5
- г) 2:30

5. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Констатация биологической смерти
- б) У лиц с переломом шейного отдела позвоночника
- в) У больных старше 70 лет
- г) У лиц, ведущих асоциальный образ жизни

6. В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСА «АВС», РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ МОЖНО ПРЕКРАТИТЬ ЧЕРЕЗ:

- а) 10 мин
- б) 4 – 6 мин
- в) 30 мин
- г) 1 час

7. ПРИ КАКОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО:

- а) при травме головы
- б) при повреждении шейного отдела позвоночника
- в) при алкогольном опьянении
- г) при инфаркте миокарда

8. ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ СМЕРТИ ТРУП ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРЕВОЗИТСЯ В МОРГ

- а) через 5 ч
- б) через 10-15 мин
- в) через 2 ч
- г) через 1 сутки

9. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ОБЯЗАНЫ ПРОВОДИТЬ:

- а) только врачи и медсестры реанимационных отделений
- б) все специалисты, имеющие медицинское образование
- в) все взрослое население

10. КАКОВА ЦЕЛЬ ЗАПРОКИДЫВАНИЯ ГОЛОВЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ?

- а) обеспечить проходимость дыхательных путей
- б) для удобства осуществления реанимации
- в) чтобы не повредить шейный отдел позвоночника
- г) чтобы создать плотный контакт рта реаниматора и рта или носа пострадавшего

11. ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ВЫВЕДЕНИИ ИЗ СОСТОЯНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) дать понюхать нашатырный спирт
- б) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)
- в) проведение закрытого массажа сердца
- г) одновременное проведение ИВЛ и закрытого массажа сердца

12. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ КОМПРЕССИИ ПРОИЗВОДЯТ:

- а) всей ладонью
- б) проксимальной частью ладони
- в) тремя пальцами
- г) одним пальцем

13. СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЙ И КОМПРЕССИЙ НА ГРУДИНУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ ОДНИМ ЛИЦОМ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) на 1 вдох - 5 компрессий
- б) на 2 вдоха - 30 компрессии
- в) на 3 вдоха - 6 компрессий
- г) на 2 вдоха - 15 компрессий

14. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА ПОВЕРХНОСТЬ, НА КОТОРОЙ ЛЕЖИТ ПАЦИЕНТ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНА БЫТЬ:

- а) жесткой
- б) мягкой
- в) наклонной
- г) неровной

15. ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) отсутствие экскурсий грудной клетки
- б) зрачки широкие
- в) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии
- г) появление пульсовой волны на сонной артерии, сужение зрачков

16. ИВЛ НОВОРОЖДЕННОМУ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ:

- а) методом «изо рта в рот»
- б) с помощью маски наркозного аппарата
- в) методом «изо рта в нос»
- г) методом «изо рта в рот и нос»

17. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАПАДЕНИЯ КОРНЯ ЯЗЫКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ГОЛОВА ПОСТРАДАВШЕГО ДОЛЖНА БЫТЬ:

- а) повернута набок
- б) запрокинута назад
- в) согнута вперед
- г) в исходном положении

18. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ НОРМОТЕРМИИ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 1-2 минуты
- б) 4-5 минут
- в) 25-30 минут
- г) 8-10 минут

19. ЧИСЛО ДЫХАНИЙ В 1 МИНУТУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИВЛ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 10-12 в 1 минуту
- б) 30-32 в 1 минуту
- в) 12-20 в 1 минуту
- г) 20-24 в 1 минуту

20. ОБЪЕМ ВДУВАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ (МЛ):

- а) 300-500
- б) 500-800
- в) 800-1000
- г) 1200-1500

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать действия спасателя в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача 1. 50-летний мужчина был обнаружен на улице. На осмотре: он без сознания, дыхание отсутствует. По данным очевидцев, это произошло около 30 минут назад. Никто не вызвал скорую помощь, потому что думали, что он был пьян.

Оцените состояние. Окажите помощь.

Задача 2. 64 летний мужчина, имеющий диагноз рак легкого 4 стадии, отдаленные метастазы. После продолжительного приступа кашля мужчина потерял сознание. При осмотре: сознания нет, дыхание отсутствует.

Оцените состояние. Ваши действия.

Задача 3. Вы оказались свидетелем ДТП, в результате которого был сбит пешеход. Он лежит на проезжей части, не двигаясь.

Ваши действия.

Задача 4. Во время еды пожилая женщина внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы резко бледные, дыхание отсутствует. Есть зубные протезы.

Оцените состояние. Окажите помощь.

Задача 5. При проведении искусственной вентиляции легких методом рот в рот спасатель обратил внимание что отсутствуют движения грудной клетки (вовремя ИВЛ грудная клетка должна подниматься и опускаться).

Опишите возможные причины этого.

Задача 6. Вы идете по улице, впереди идет мужчина средних лет, нормального телосложения, внезапно он вскрикивает и падает на асфальт, лежит неподвижно, без признаков жизни.

Задания

1. Ваши действия по диагностике состояния развившегося у пациента.
2. Алгоритм неотложной помощи.

Задача 7. Вы идете по улице и видите встревоженного мужчину, который зовет на помощь прохожих. На вопрос: «Что случилось?» прохожий указывает на лежащего человека. Сезон – ранняя осень.

При осмотре: сознание отсутствует, видимых признаков дыхания нет, пульс на сонных артериях не определяется. Кожные покровы землисто-серые, холодные на ощупь. Определяется скованность в конечностях. Зрачки широкие с неровным контуром, на свет не реагируют.

Задания

1. Определить в каком состоянии находится пациент.
2. Ваши действия по уточнению состояния и объем неотложной помощи.

Задача 8. В зале вылета аэропорта обнаружен человек без сознания, лежащий на спине. На стене зала Вы видите автоматический наружный дефибриллятор. Ваши действия.

Задача 9. 20 летняя пациентка пожаловалась на резкую слабость и потеряла сознание во время взятия крови на анализ. При осмотре: она без сознания, дыхание поверхностное, пульс нитевидный.

Оцените состояние. Окажите первую помощь.

Задача 10. Спасатель после констатации клинической смерти у пациента немедленно выполнил следующее: 1) обеспечил проходимость дыхательных путей методом 2) сделал 2 вдоха методом «рот в рот» 3) сделал 30 компрессий грудной клетки.

Оцените правильность действий спасателя.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
2. Отработайте на муляжах алгоритмы оказания медицинской помощи пациенту на практическом занятии.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Задание №1. Алгоритм оказания базовой сердечно-легочной реанимации.

Задание №1. Алгоритм оказания базовой сердечно-легочной реанимации при обтурации верхних дыхательных путей инородным телом.

Тема 2. Расширенная сердечно-легочная реанимация.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Показания и противопоказания к расширенной сердечно-легочной реанимации
2. Алгоритм помощи при остановке дыхания и кровообращения
3. Алгоритм сердечно-легочной реанимации «ABCD»
4. Электрическая дефибрилляция (техника, ошибки)
5. Критерии эффективности сердечно-легочной реанимации
6. Критерии прекращения реанимации
7. Осложнения при проведении непрямого массажа сердца

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ИСХОД РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИ:

- а) первичной остановке кровообращения
- б) первичной остановке дыхания
- в) первичном поражении центральной нервной системы
- г) первичном поражении нейроэндокринной сферы
- д) остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы.

2. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОТКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ:

- а) ранение внутренней грудной артерии
- б) повреждение мышцы сердца
- в) кровоизлияние в мышцу сердца
- г) разрыв легкого
- д) кровотечение из раны

3. ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОГО ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- а) продолжительностью периода умирания
- б) продолжительностью клинической смерти
- в) глубиной и длительностью перенесенной гипоксии
- г) характером основного заболевания
- д) все ответы верны

4. СООТНОШЕНИЕ ВДОХОВ И КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ВЗРОСЛОМУ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- а) 1:5
- б) 1:15
- в) 2:5
- г) 2:30

5. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Констатация биологической смерти
- б) У лиц с переломом шейного отдела позвоночника
- в) У больных старше 70 лет
- г) У лиц, ведущих асоциальный образ жизни

6. МАКСИМАЛЬНЫЙ РАЗРЯД, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПРИ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ:

- а) 200 Дж
- б) 300 Дж
- в) 360 Дж
- г) 450 Дж

7. ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ:

- а) метаболический алкалоз
- б) метаболический ацидоз
- в) респираторный алкалоз
- г) респираторный ацидоз
- д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз

8. ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА СОЗНАНИЕ ИСЧЕЗАЕТ ЧЕРЕЗ:

- а) 10 сек
- б) 30 сек
- в) 60 сек
- г) 3 мин
- д) 5 мин

9. ПОКАЗАНИЯМИ К ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ (ИВЛ) ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) отсутствие спонтанного дыхания
- б) клапанный пневмоторакс
- в) клиническая смерть
- г) тахипноэ (дыхание чаще 40 в минуту) при нормальной температуре и исключении гиповолемии

10. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) костная крепитация ребер и грудины
- б) появление пульсации на сонных артериях
- в) максимальное расширение зрачков
- г) сужение зрачков

11. ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) отсутствие экскурсий грудной клетки
- б) зрачки широкие
- в) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии
- г) появление пульсовой волны на сонной артерии, сужение зрачков

12. ИВЛ РЕБЕНКУ 7 ЛЕТ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ:

- а) методом «изо рта в рот»
- б) с помощью маски наркозного аппарата
- в) методом «изо рта в нос»
- г) методом «изо рта в рот и нос»

13. ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ФУНКЦИИ АВТОМАТИЗМА И ПРОВОДИМОСТИ В СЕРДЦЕ СОХРАНЯЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

- а) 15 – 30 сек
- б) 2 – 3 мин
- в) 5 – 10 мин
- г) 20 – 30 мин
- д) 45 – 60 мин

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать действия спасателя в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача 1. Во время приёма пищи мужчина внезапно потерял сознание. При осмотре обнаружено: зрачки расширены, дыхание поверхностное, пульс на периферических артериях не определяется. Окружающие стали оказывать пострадавшему первую помощь – проводить удары ладонью между лопатками пострадавшего. Сознание по-прежнему отсутствует, дыхание отсутствует, пульс на сонных артериях не определяется. Что необходимо делать этой ситуации?

Задача 2. Из воды извлечён ребёнок 8-9 лет без сознания. Кожные покровы синюшные, резаная рана правой стопы, пульс на сонных артериях не определяется. Какую помощь необходимо оказать?

Задача 3. Мужчину, выпавшего из лодки в холодную воду, извлекли из воды через 10 минут. При осмотре: резкая бледность кожных покровов, дыхание отсутствует, пульс на сонных артериях не определяется. Окажите первую помощь.

Задача 4. Получив удар электрическим током, женщина была отброшена назад. Сознание отсутствует, дыхание отсутствует. Какова тактика спасателя?

Задача 5. При проведении работ в зоне ЧС из-под обломков разрушенного здания вынесли женщину. Кожные покровы бледные, сознание и реакция на болевую чувствительность отсутствуют, дыхание поверхностное, определяется пульс на сонных артериях. В области виска отёчность, кровоподтёк. Какова последовательность оказания первой помощи пострадавшей? Дайте полный ответ и продемонстрируйте свои действия на роботе.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
2. Отработайте на муляжах алгоритмы оказания медицинской помощи пациенту на практическом занятии.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Задание № 1. Алгоритм оказания расширенной сердечно-легочной реанимации (дефибриллятор отсутствует).

Задание № 2. Алгоритм оказания расширенной сердечно-легочной реанимации (дефибриллятор присутствует).

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Тестирование	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется при условии 75-89% правильных ответов
	«ТРИ БАЛЛА» выставляется при условии 60-74% правильных ответов
	«ДВА БАЛЛА» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов.
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Письменный опрос	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется студенту, если он владеет понятийным аппаратом, демонстрирует глубину и полное овладение содержанием учебного материала, в котором легко ориентируется
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется студенту, за умение грамотно излагать материал, но при этом содержание и форма ответа могут иметь отдельные неточности;
	«ТРИ БАЛЛА» выставляется, если студент обнаруживает знания и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, не умеет доказательно обосновывать свои суждения;
	«ДВА БАЛЛА» выставляется, если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл.
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Проблемно-ситуационные задачи	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» – студент правильно и полно проводит первичную оценку состояния, самостоятельно выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» – студент правильно проводит первичную оценку состояния, выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку. Допускаются отдельные незначительные затруднения при ответе; обоснование и итоговая оценка проводятся с дополнительными комментариями преподавателя;
	«ТРИ БАЛЛА» – студент правильно, но неполно проводит первичную оценку состояния пациента. Выявление удовлетворения каких потребностей нарушено, определение проблемы пациента возможен при наводящих вопросах педагога. Ставит цели и планирует врачебные вмешательства без обоснования, проводит текущую и итоговую оценку с наводящими вопросами педагога; затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации
	«ДВА БАЛЛА» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Практические навыки	«ПЯТЬ БАЛЛОВ». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются.
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.
	«ТРИ БАЛЛА». Студент проявил знания основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности, но допустил не более одной принципиальной ошибки, рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима.
	«ДВА БАЛЛА». Студент обнаружил существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить

	практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Защита реферата	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется, если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется, если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	«ТРИ БАЛЛА» выставляется, если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	«ДВА БАЛЛА» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа

3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета по зачетным билетам, содержащим два теоретических вопроса (в устной форме), один практический вопрос (в форме демонстрации практических навыков)

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:

если форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет:

$R_d = R_t + R_b + R_z$, где

R_b - бонусный рейтинг;

R_d - дисциплинарный рейтинг;

R_z - зачетный рейтинг;

R_t - текущий рейтинг;

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Зачтено - Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

При выполнении практического навыка - полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.

Не зачтено - Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

При выполнении практического навыка - существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Понятие и структура внутренней картины болезни больного.
2. Психологические факторы формирования внутренней картины болезни у больного.
3. Понятие и компоненты отношения больного к болезни.
4. Типы отношения больного к болезни.
5. Понятие и признаки профессионального общения в медицине.
6. Психологические факторы эффективности профессионального общения в медицине.
7. Ожидания больного и их роль в профессиональном общении в медицине.
8. Проблема информирования пациента о болезни и лечении в профессиональном общении врача.
9. Модели взаимодействия врача и пациента.
10. Виды общения и типы поведения врача с пациентом.
11. Понятие и причины возникновения язвенных заболеваний при взаимодействии врача и пациента.
12. Понятие, структура, причины возникновения конфликта в медицинском учреждении.
13. Правила бесконфликтного поведения и стратегии поведения в конфликте.
14. Психология больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
15. Психологические особенности онкологических больных.
16. Гемодинамические нарушения и клинические проявления при митральном стенозе.
17. Гемодинамические нарушения и клинические проявления при митральной недостаточности.
18. Гемодинамические нарушения и клинические проявления при аортальном стенозе.
19. Гемодинамические нарушения и клинические проявления при аортальной недостаточности.
20. Анамнез и его разделы. Правила сбора анамнеза. Понятие о прямых и косвенных наводящих вопросах. Детализация жалоб.
21. Схема истории болезни. Значение паспортных данных.
22. Последовательность проведения общего осмотра пациента.
23. Данные физикального обследования пациента с митральным стенозом.
24. Данные физикального обследования пациента с митральной недостаточностью.
25. Данные физикального обследования пациента с аортальным стенозом.
26. Данные физикального обследования пациента с аортальной недостаточностью.
27. Бронхиальная астма: Определение. Классификация и критерии выделения по степени тяжести.
28. Бронхиальная астма. Клиническая и лабораторно-инструментальная диагностика.
29. Дифференциальная диагностика при бронхообструктивном синдроме (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких).
30. Пневмония: Определение, этиология, патогенез. Клинические проявления.
31. Ведущие клинико-лабораторно-инструментальные критерии пневмонии.
32. Дифференциальная диагностика пневмонии с раком легкого и инфильтративным туберкулезом легких.
33. Опишите методику проведения физикального обследования больного с синдромом уплотнения легочной ткани.
34. Острый бронхит (определение понятия, синдромы, дополнительные методы обследования).
35. Топографические линии и области живота. Методические приемы глубокой пальпации живота.
36. Отделы ЖКТ, доступные для глубокой пальпации, их нормальные пальпаторные характеристики.
37. Клинические проявления острого коронарного синдрома, неотложная помощь.
38. Клиника острой левожелудочковой сердечной недостаточности. Неотложная помощь.
39. Клиническая картина при внутреннем кровотечении. Алгоритм оказания неотложной помощи.
40. Клинические проявления острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), неотложная помощь.
41. Гипергликемическая кетоацидотическая кома: клиника, диагностика, неотложная помощь.
42. Гипогликемическая кома: клиника, диагностика, неотложная помощь.

43. Неотложная помощи при обструкции дыхательных путей инородным телом.
44. Судорожный синдром (эпилептиформные судороги): причины, неотложная помощь.
45. Тромбоз легочной артерии (ТЭЛА): причины, клиника. Тактика врача при подозрении на ТЭЛА.
46. Дифференциальный диагноз ТЭЛА с заболеваниями протекающих с одышкой.
47. Анафилактический шок: патогенез, основные клинические симптомы, тактика врача.
48. Неотложной помощи при бронхообструктивном синдроме.
49. Неотложной помощи при спонтанном пневмотораксе.
50. Определение и признаки клинической смерти.
51. Внезапная потеря сознания, дифференциальная диагностика обморока от комы, неотложная помощь.
52. Показания и противопоказания к сердечно-легочной реанимации.
53. Алгоритм помощи при остановке дыхания и кровообращения.
54. Стадии СЛР по П.Сафару.
55. Реанимационный алфавит.
56. Комплекс «АВС».
57. Электрическая дефибрилляция (техника, ошибки).
58. Критерии эффективности сердечно-легочной реанимации.
59. Критерии прекращения реанимации.
60. Возможные осложнения при проведении непрямого массажа сердца.

Перечень практических заданий для проверки практических навыков

1. Алгоритм бесконфликтного общения с пациентом (родственником пациента), провоцирующим конфликт.
2. Алгоритм обсуждения с больным назначенной терапии.
3. Алгоритм ответа на вопросы больного о прогнозе тяжелого заболевания.
4. Алгоритм выхода из затянувшейся беседы с больным.
5. Алгоритм действия врача при общении с пациентом по телефону.
6. Техника проведения пальпации грудной клетки.
7. Техника проведения пальпации области сердца.
8. Техника проведения пальпации сосудов.
9. Техника проведения сравнительной перкуссии легких.
10. Техника проведения сравнительной аускультации легких.
11. Техника проведения аускультации сердца.
12. Техника проведения измерения АД.
13. Техника проведения поверхностной пальпации передней брюшной стенки.
14. Техника проведения глубокой, скользящей, топографической, методической пальпации органов брюшной полости по Образцову-Стражеско.
15. Техника проведения ректального исследования.
16. Алгоритм оказания экстренной помощи при остром коронарном синдроме, осложненном кардиогенным шоком.
17. Алгоритм оказания экстренной помощи при остром коронарном синдроме, осложненном отеком легких.
18. Алгоритм оказания экстренной помощи при анафилактическом шоке.
19. Алгоритм оказания экстренной помощи при гиповолемии.
20. Алгоритм оказания экстренной помощи при бронхообструктивном синдроме.
21. Алгоритм оказания экстренной помощи при тромбозе легочной артерии.
22. Алгоритм оказания экстренной помощи при спонтанном пневмотораксе.
23. Алгоритм оказания экстренной помощи при обтурации дыхательных путей инородным телом.
24. Алгоритм оказания экстренной помощи при гипогликемии.
25. Алгоритм оказания экстренной помощи при гипергликемии.
26. Алгоритм оказания экстренной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения.
27. Алгоритм оказания экстренной помощи при расслоении аневризмы аорты.
28. Алгоритм оказания экстренной помощи при эпилептическом приступе.
29. Алгоритм оказания базовой сердечно-легочной реанимации.
30. Алгоритм оказания расширенной сердечно-легочной реанимации.

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра «Обучающий симуляционный центр»
направление подготовки (специальность)
дисциплина «Симуляционный курс»

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1.

- I.** Понятие и причины возникновения язвенных заболеваний при взаимодействии врача и пациента.
- II.** Тромбоз легочной артерии (ТЭЛА): причины, клиника. Тактика врача при подозрении на ТЭЛА.
- III.** Алгоритм оказания экстренной помощи при эпилептическом приступе.

Заведующий кафедрой _____

(Юдаева Ю.А.)

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации _____

(Ткаченко И.В.)

Дата _____

Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации

Симуляционное оснащение:

- манекен с возможностью имитации аускультативной картины различных заболеваний сердца и легких, с функцией пальпации верхушечного толчка, визуализации вен шеи и пульсации центральных и периферических артерий, синхронизированных с сердечными фазами или симулятор для аускультации сердца и легких с синхронизацией показателей артериального давления и пульсации сосудов
- многофункциональный робот-симулятор, позволяющий оценить состояние, выделить ведущие синдромы и оказать медицинскую помощь, в комплекте с оборудованием для проведения общемедицинских диагностических и лечебных вмешательств: имитации дыхательных звуков и шумов; визуализации экскурсии грудной клетки; имитации пульсации центральных и периферических артерий; генерации заданной электрокардиограммы на медицинское оборудование; речевого сопровождения; моргания глаз и изменения просвета зрачков; имитации аускультативной картины работы сердца, тонов/шумов сердца; имитация показателей АД и температуры тела через симуляционный монитор пациента
- манекен взрослого пациента для обучения СЛР (лежащий на полу) с возможностью регистрации (по завершении) следующих показателей: глубина компрессий, положение рук при компрессиях, высвобождение рук между компрессиями, частота компрессий, дыхательный объем, скорость вдоха

Медицинское оснащение:

- Стол рабочий
- Стул
- Кушетка
- Раковина
- Средства для обработки рук
- Приспособление для высушивания рук
- Стегофонендоскоп
- Тонометр
- Источник света (карманный фонарик)
- Спиртовые салфетки
- Смотровые перчатки
- Настенные часы с секундной стрелкой
- Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б)
- Телефонный аппарат
- Тележка на колесиках для размещения оборудования, расходных материалов и лекарственных средств
- Лицевая маска кислородная
- Источник кислорода
- Пульсоксиметр
- Электрокардиограф
- Бутылка питьевой воды без газа
- Пластиковой одноразовый стаканчик
- Термометр инфракрасный
- Экспресс-анализатор глюкозы
- Штатив для длительных инфузионных вливаний
- Смотровые перчатки
- Спиртовые салфетки
- Шприц 20 мл с иглой 0,4-0,8 мм
- Периферический венозный катетер 22 G
- Система для внутривенных инфузий
- Пластырь для периферического венозного катетера
- Бинт нестерильный
- Ампулы и флаконы, заполненные дистиллированной водой для имитации лекарственных средств).
- Кожный антисептик в пульверизаторе
- Салфетки для высушивания антисептика после его экспозиции
- Напольный коврик
- Учебный автоматический наружный дефибриллятор
- Сменные электроды для автоматического наружного дефибриллятора

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-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: Основные патологические состояния, клинические симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	вопросы № 16-19, 23-29, 30, 32-36
		Знать: Физикальные, лабораторные, инструментальные и другие методы раннего выявления основных клинических симптомов, синдромов заболеваний и нозологических форм.	
		Уметь: составить план обследования пациента, провести анализ полученных данных, диагностировать симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы и их осложнений, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней; проводить дифференциальный диагноз, оценивать тяжесть заболевания.	практические задания № 16-19, 23-36
		Владеть: комплексом практических навыков, необходимых для диагностики основных заболеваний внутренних органов, навыками формулировки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	практические задания № 1-15 (раздел: проверка практических навыков)
2	ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	Знать: Стандарты ведения и лечения пациентов терапевтического профиля	вопросы № 27-28, 31, 37-60
		Знать: Основы оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме	
		Уметь: Интерпретировать данные обследования пациента с терапевтической патологией планировать его индивидуальное лечение;	практические задания № 16-19, 23-36, 37-51
		Уметь: Оказать медицинскую помощь при состояниях, угрожающих жизни больного	
		Владеть: алгоритмами действия специалистов первичной медико-санитарной помощи	
3	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: Основные методы анализа и синтеза информации, полученной в ходе коммуникации с пациентом	вопросы №1-15, 20-22
		Уметь: Абстрактно мыслить, анализировать и обобщать клинические симптомы, выявленные в ходе обследования пациента	практические задания № 13-15
		Владеть: навыками абстрактного мышления, анализа и синтеза информации, полученной в процессе обследования и лечения пациента	практические задания № 1-30 (раздел: проверка практических навыков)

4. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

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

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

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

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

УК-2 готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся

Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины

Модуль 1. Современное состояние и тенденции общественного здоровья и здравоохранения в России

Тема реферата с электронной презентацией

1. Организация медицинской помощи по профилю «Эндоскопия».

Модуль 2. Применение информационных технологий в профессиональной деятельности врача

Примерные темы реферата с электронной презентацией

1. Терминологический аппарат телемедицины и электронного здравоохранения.
2. История телемедицинских проектов.
3. Эволюция систем дистанционной диагностики.
4. Основные технологии, применяемые в телемедицине.
5. Принципы построения телемедицинских систем.
6. Зарубежные модели телемедицины и электронного здравоохранения.
7. Понятие о PACS-системах.
8. Визуализация данных инструментальных исследований.
9. Особенности подготовки материалов для телеконсультаций.
10. Применение технологий видеоконференц-связи в телеконсультировании, дистанционном образовании, управлении.
11. Дистанционное образование за рубежом.
12. Нормативная база дистанционного образования.
13. Формы и перспективы дистанционного образования в России.
14. Применение телемедицинских технологий в управлении здравоохранением.
15. Интернет-ресурсы по электронному здравоохранению.

Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости в рамках модуля дисциплины Критерии оценки электронной презентации

Баллы: 0 - позиция отсутствует 1 – слабо 2 – хорошо 3 - отлично
Требования
Структура (до 9 баллов)
количество слайдов соответствует содержанию и продолжительности выступления (для 7-минутного выступления рекомендуется использовать не более 10 слайдов)
наличие титульного слайда
оформлены ссылки на все использованные источники
Текст на слайдах (до 6 баллов)
текст на слайде представляет собой опорный конспект (ключевые слова, маркированный или нумерованный список), без полных предложений
наиболее важная информация выделяется с помощью цвета, размера, эффектов анимации и т.д.
Наглядность (до 9 баллов)
иллюстрации помогают наиболее полно раскрыть тему, не отвлекают от содержания
иллюстрации хорошего качества, с четким изображением
используются средства наглядности информации (таблицы, схемы, графики и т. д.)
Дизайн и настройка (до 12 баллов)
оформление слайдов соответствует теме, не препятствует восприятию содержания
для всех слайдов презентации используется один и тот же шаблон оформления
текст легко читается
презентация не перегружена эффектами
Содержание (до 9 баллов)
презентация отражает основные этапы исследования (проблема, цель, гипотеза, ход работы, выводы, ресурсы)
содержит ценную, полную, понятную информацию по теме проекта
ошибки и опечатки отсутствуют
Требования к выступлению (до 18 баллов)
выступающий свободно владеет содержанием, ясно излагает идеи
выступающий свободно и корректно отвечает на вопросы и замечания аудитории
электронная презентация служит иллюстрацией к выступлению, но не заменяет его
выступающий обращается к аудитории, поддерживает контакт с ней

при необходимости выступающий может легко перейти к любому слайду своей презентации

в выступлении отражен вклад каждого участника в работу группы (по возможности)

Перевод полученных баллов в итоговую оценку:

33– 45 баллов – оценка «отлично»

18 – 32 баллов – оценка «удовлетворительно»

менее 2 баллов – оценка «неудовлетворительно»

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1. Современное состояние и тенденции общественного здоровья и здравоохранения в России

Тема 1. Порядки организации медицинской помощи

Форма текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Выполнение практических заданий.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Вопросы для устного опроса:

1. Нормативно-правовое регулирование обязанностей медицинской организации соблюдать порядки МП и стандарты МП.
2. Структура и содержание порядков оказания МП.
3. Перечень порядков оказания медицинской помощи.
4. Структура и содержание стандарта МП.
5. Перечень стандартов медицинской помощи.
6. Практическое значение порядков МП и стандартов МП.

Практические задания для демонстрации практических умений и навыков:

Задание № 1.

Пользуясь системой Консультант (Гарант) найдите действующие порядки и стандарты медицинской помощи. Самостоятельно изучите нормативно-правовые документы соответствующие вашей деятельности.

Задание № 2. Оцените случай оказания медицинской помощи по предоставленной вам документации в соответствии со стандартом. Сделайте заключение о качестве оказания медицинской помощи.

Модуль 2. Применение информационных технологий в профессиональной деятельности врача

Тема 1. Цифровые технологии в здравоохранении.

Форма текущего контроля успеваемости

Тестирование.

Устный опрос.

Решение case-заданий.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Вопросы для входного тестирования:

1. Информация это:

- 1) степень соответствия реальному объекту
 - 2) степень близости к реальному состоянию явления
 - 3) сведения об окружающем мире и протекающих в них процессах
 - 4) текстовые данные, получаемые человеком при взаимодействии с социальной средой.
2. Свойство информации, отражающее истинное положение дел:

1) Понятность

2) Достоверность

3) Своевременность

4) Все ответы верны

3. Системообразующие факторы классификации МИС включают:

1) персонификация целей

2) объективность целей

3) степень и направленность агрегации информации на уровне выходных документов

4) Все ответы верны

4. Системообразующие факторы классификации МИС включают:

1) композиционность целей

2) персонификация целей

3) объективность целей

4) Все ответы верны

5. Технологические информационные медицинские системы:

1) обеспечивают информационную поддержку отношений врач — больные

2) обеспечивают информационную поддержку отношений врач — больной

3) обеспечивают информационную поддержку отношений популяция территории — органы управления системой ее медицинского обслуживания

4) Все ответы верны

Вопросы для устного опроса:

1. Назовите основные положения Концепции развития телемедицинских технологий в РФ.

2. Перечислите направления информатизации в Государственной программе развития здравоохранения.

3. В чём состоят особенности региональных программ информатизации здравоохранения в области развития телемедицинских систем?

4. Нормативная база информатизации в федеральных законах в области здравоохранения (Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») и образования (Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»).

5. Законодательство в области информатизации и телекоммуникаций (Федеральный закон от 07.07.2003 г. № 126-ФЗ «О связи», Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации». Защита персональных данных (Федеральный закон № 152-ФЗ «О персональных данных»).

6. Ведомственные приказы Минздрава РФ и Минобрнауки РФ в области телемедицины.

Case-задания для демонстрации практических умений и навыков:

Case-задание № 1.

В поликлинике пациент обращается к врачу за рецептом на льготное лекарство.

Задания:

1) Любой ли врач может выписать рецепт на льготное лекарство? Обоснуйте свой ответ.

2) Может ли льготный рецепт содержать любое лекарство, необходимое пациенту? Обоснуйте ответ.

Тема 2. Региональный сегмент ЕГИСЗ

Формы текущего контроля успеваемости

Тестирование.

Устный опрос.

Решение case-заданий.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Вопросы для входного тестирования:

1. UMLS – это номенклатура медицинских терминов, которая предназначена для:

- 1) кодирования истории болезни при ведении пациента
- 2) формализованного представления клинических протоколов и рекомендаций
- 3) библиографического поиска публикаций по медицинской тематике
2. IDIF0-диаграмма может быть использована для представления модели:
 - 1) зависимости показателей здоровья населения от вредных факторов окружающей среды
 - 2) организационной структуры медицинского учреждения
 - 3) временных параметров функционирования поликлиники
 - 4) потоков управления, данных и объектов деятельности при описании рабочих процессов
 - 5) причинно-следственных связей
3. LOINC – это номенклатура, предназначенная для:
 - 1) формализованного описания и кодирования хирургических операций
 - 2) кодирования назначений и результатов лабораторных исследований
 - 3) описания и кодирования результатов осмотра пациента
 - 4) описания и кодирования результатов радиологического исследования
4. Технологии псевдонимизации данных используются для:
 - 1) ведения базы данных при выполнении клинических испытаний
 - 2) формирования реестров на оплату медицинской помощи, оказанной по программе ОМС
 - 3) для ведения медицинских документов при анонимном оказании медицинской помощи
5. Формализация – это представление результатов наблюдения:
 - 1) в виде рисунков, фотографий, аудиовидеозаписей
 - 2) в точных понятиях и определениях, выраженных в знаковой форме
 - 3) исключительно в виде кодов, формул, схем и т.д.

Вопросы для устного опроса:

1. Медицинская информационная система (МИС).
2. Системы выдачи и обслуживания льготных рецептов.
3. Системы удаленного мониторинга состояния здоровья пациентов.
4. Системы архивного хранения и доступа к медицинским изображениям.
5. Информационные системы, обеспечивающие информационную поддержку органов управления здравоохранением (ОУЗ).
6. Информационная система управления кадрами ОУЗ.
7. Информационная система управления финансами и материально-техническим обеспечением ОУЗ.
8. Информационная система управления организацией закупок на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг ОУЗ.
9. Информационная система электронного документооборота ОУЗ.
10. Региональные информационные порталы по вопросам здравоохранения.

Case-задания для демонстрации практических умений и навыков:

Case-задание № 1.

Вы работаете в регистратуре поликлиники. Информацию о пациентах, обращающихся на прием к врачу, Вы заносите в таблицу MS Access, в которой имеются поле «Фамилия врача», «ФИО пациента», «Дата приема».

1. В конце рабочего дня Вам нужно сгруппировать пациентов, обратившихся к одному и тому же врачу. Каким образом это можно сделать?
2. Вам нужно найти пациента по фамилии Владимиров, обратившегося в поликлинику 1 числа любого месяца. Каким образом вы это сделаете?
3. Как можно модифицировать структуру таблицы, чтобы отбор производился более качественно?

Case-задание № 2.

Вы работаете хирургом уже 5 лет, и на протяжении этого времени Вы ведете электронную базу данных о проведенных Вами операциях, исходах этих операций. Вас попросили предоставить статистические данные о проделанной Вами работе за 5 лет.

1. Каким объектом баз данных можно воспользоваться?
2. Поясните, можно ли в этом случае использовать MS Word?

Case-задание № 3.

В настоящее время в РФ происходит процесс создания единой государственной информационной системы здравоохранения. Основным социально-экономическим результатом создания системы станет повышение эффективности деятельности Минздрава России, подведомственных ему органов исполнительной власти, территориальных органов, фондов и общественных объединений в области здравоохранения, социального развития, труда, занятости.

Задания:

- 1) Какие этапы создания ЕГИСЗ выделяют?
- 2) В чем заключается эффективность внедрения ЕГИСЗ?

Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценка «отлично» выставляется за 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.
	Оценка «хорошо» выставляется за ответ, обнаруживающий 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. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценка «удовлетворительно» выставляется за ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия тем; 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.
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется за ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, 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.
решение практических заданий	Оценка «отлично» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «хорошо» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос

	задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
тестирование	Оценка «отлично» выставляется при условии 91-100% правильных ответов
	Оценка «хорошо» выставляется при условии 81-90% правильных ответов
	Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии 71-80% правильных ответов
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов.

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам, в устной форме.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка «отлично» выставляется, если ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. На вопрос задачи обучающимся дан правильный ответ. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

Оценка «хорошо» выставляется, если ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если имеются нарушения в последовательности изложения или упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. Обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. Обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Организация контроля в сфере охраны здоровья.
2. Виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности, их характеристика.
3. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
4. Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
5. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
6. Охрана труда в медицинских организациях.
7. Права медицинских работников.
8. Обязанности медицинских работников.
9. Ответственность медицинских работников.
10. Нормативно-правовое регулирование обязанностей медицинской организации по соблюдению порядков и стандартов медицинской помощи.
11. Структура и содержание порядков оказания медицинской помощи.
12. Перечень порядков оказания медицинской помощи.
13. Структура и содержание стандарта медицинской помощи.
14. Перечень стандартов медицинской помощи.
15. Практическое значение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.
16. Виды информационно-телекоммуникационных технологий в практической деятельности врача.
17. Телемедицина.
18. Медицинские информационные системы.
19. Работа врача в РМИС Здравоохранение.
20. Основные понятия и задачи экспертизы нетрудоспособности в России.
21. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. Обязанности лечащего врача, заведующего отделением.
22. Врачебная комиссия медицинской организации: состав, функции, организация деятельности.
23. Порядок выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности, общие положения.
24. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу.
25. Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения.
26. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.
27. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при карантине и при протезировании.
28. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам.
29. Порядок заполнения листка нетрудоспособности.
30. Медико-социальная экспертиза (МСЭ): основные понятия и классификации, используемые при проведении МСЭ: инвалид, инвалидность; основные виды нарушений функций организма и степени их выраженности; основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.
31. Медико-социальная экспертиза (МСЭ): критерии установления степени ограничения способности к трудовой деятельности и критерии установления групп инвалидности. Правила признания лица инвалидом.
32. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, определение понятия. Место и роль санитарно-эпидемиологической службы в его обеспечении.
33. Профилактика болезней: цель, задачи, уровни и виды. Стадии профилактики. Критерии оценки эффективности профилактики.
34. Образ жизни: определение, категории. Влияние образа жизни на индивидуальное и общественное здоровье. Здоровый образ жизни, определение, механизмы его формирования.
35. Гигиеническое обучение и воспитание населения: цели, принципы, методы, формы и средства.
36. Хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности населения.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

Практическое задание № 1.

Составьте недельный график работы врача нефролога городской поликлиники.

Практическое задание № 2.

Составьте план работы врача нефролога на месяц, выделив в нем основные разделы работы.

Практическое задание № 3.

Составьте план работы врача специалиста поликлиники (по выбору) на месяц, выделив в нем основные разделы работы.

Практическое задание № 4.

По годовому отчету медицинской организации вычислите общие показатели деятельности поликлиники. Проанализируйте полученные данные и сделайте заключение об эффективности организации работы поликлиники.

Практическое задание № 5.

По годовому отчету медицинской организации вычислите общие показатели деятельности стационара больницы. Проанализируйте полученные данные и сделайте заключение об особенностях организации работы стационара.

Практическое задание № 6.

По годовому отчету медицинской организации вычислите показатели деятельности стационара (терапевтического, хирургического, педиатрического). Проанализируйте полученные данные и сделайте заключение об особенностях организации и качества работы отделения стационара.

Практическое задание № 7.

Медицинская сестра городской больницы постоянно опаздывала на работу, о чем стало известно главному врачу. Предупредив в устной форме, что в следующий раз она будет уволена, руководитель медицинского учреждения попросил заведующего отделением лично доложить о последующих опозданиях. Через неделю медицинская сестра вновь опоздала, после чего на следующий рабочий день ее попросили ознакомиться с приказом об увольнении и не допустили к работе.

1. Есть ли в данном случае правовые основания для увольнения?
2. Опишите основания и порядок наложения данного дисциплинарного взыскания.
3. Каким образом можно обжаловать действия администрации?

Практическое задание № 8.

В приемный покой городской больницы попутным транспортом доставлен пострадавший молодой человек, 24 лет, в состоянии травматического шока II степени. При осмотре установлен диагноз: двусторонний множественный перелом ребер. Дежурный врач назначил противошоковую терапию и передал назначение сестре В. для срочного выполнения. Медицинская сестра, не выполнив назначение, вышла в соседнее отделение, где находилась в течение 15 мин, а больной был один. По возвращении медсестры обнаружила больного мертвым.

К какому виду ответственности будет привлечена медицинская сестра?

Практическое задание № 9.

Дежурная медицинская сестра терапевтического отделения М., осуществляя уборку отделения, находясь в подсобном помещении, предназначенном для хранения моющих средств, не удержала ведро с теплой водой и опрокинула его на порошки и другие моющие средства, стоящие на полу. В результате того, что бумажная упаковка промокла, большое количество санитарных средств оказалось непригодно для дальнейшего использования. Старшая медицинская сестра отделения Ф. составила необходимые документы и передала их на рассмотрение администрации лечебного учреждения.

1. К каким видам ответственности будет привлечена медсестра М.?
2. Может ли медицинская сестра М. быть освобождена от ответственности, если на ее попечении находятся 3 малолетних детей?

Практическое задание № 10.

Старшая медицинская сестра отделения пульмонологии в течение 2 мес. подряд отказывалась пройти периодический медицинский осмотр и предоставляла справки об удовлетворительном состоянии своего здоровья из иных лечебных учреждений города.

За отказ в выполнении требований о прохождении медицинского осмотра приказами по учреждению медсестре первоначально был объявлен выговор, затем ее лишили премии по итогам работы за год. Через 8 дней после вынесения последнего взыскания медицинская сестра была уволена.

1. Правомерны ли действия администрации в объявлении взысканий?
2. Есть ли основания для увольнения?
3. Составьте алгоритм действий администрации учреждения в данном случае.

Практическое задание № 11.

Врач отделения пропустил рабочий день, предварительно уведомив заведующего отделением, что он не выйдет на работу в связи с прохождением амбулаторного обследования в поликлинике. Больничный лист за этот день представлен не был, в связи с чем врач был уволен приказом главного врача данного медицинского учреждения за прогул.

Правомерны ли действия главного врача? Если да, то при каких условиях? Какой нормативный документ регламентирует порядок увольнения работников? Какие действия в защиту своих прав может предпринять незаконно уволенный работник?

Практическое задание № 12.

Во время ночного дежурства медицинская сестра заметила очаг возгорания в одной из палат отделения и сообщила об этом дежурному врачу.

Какие действия должен предпринять дежурный врач для сохранения жизни и здоровья пациентов и медицинских работников больницы в данном случае?

Практическое задание № 13.

При исследовании заболеваемости остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника водителей городского автотранспорта г. Оренбурга были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Количество больных остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника среди водителей городского автотранспорта в зависимости от стажа работы

Стаж работы водителями	Обследовано (чел.)	Выявлено больных (чел.)
1- 9 лет	2964	520
10 – 19 лет	1629	440
20 и более лет	250	165
Итого:	4843	1125

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от стажа) показатели заболеваемости остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника водителей городского автотранспорта.
2. Рассчитайте структуру заболеваемости остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника в зависимости от стажа работы водителями.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень заболеваемости водителей городского автотранспорта пояснично-крестцовым остеохондрозом.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 14.

При исследовании производственного травматизма на гелиевом заводе г.Оренбурга были получены данные представленные в таблице.

Таблица

Число случаев производственного травматизма среди управленческого персонала и рабочих гелиевого завода

Категория работников	Число работников (абс.)	Число случаев производственного травматизма (абс.)
----------------------	-------------------------	--

Управленческий персонал	206	2
Рабочие	1602	17
Итого:	1808	19

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от категории работников) показатели производственного травматизма на гелиевом заводе.
2. Рассчитайте структуру производственного травматизма в зависимости категории работников.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень производственного травматизма у рабочих гелиевого завода.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 15.

При исследовании заболеваемости студентов ОрГМУ болезнями органов пищеварения были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев заболеваний органов пищеварения среди студентов ОрГМУ

Курс	Число студентов (абс.)	Число случаев заболеваний органов пищеварения (абс.)
1	980	268
3	845	235
6	798	264
Итого:	2623	767

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от курса) показатели заболеваемости студентов болезнями органов пищеварения.
2. Рассчитайте структуру заболеваемости болезнями органов пищеварения в зависимости от курса.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень заболеваемости болезнями пищеварительной системы у студентов ОрГМУ.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 16.

При исследовании уровня и структуры послеоперационных осложнений в ГКБ №1 были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев послеоперационных осложнений в ГКБ №1

Отделение	Число оперированных больных	Число случаев послеоперационных осложнений (абс.)
Отделение общей хирургии	1280	18
Отделение гнойной хирургии	845	17
Итого:	2125	35

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от отделения) показатели частоты послеоперационных осложнений.
2. Рассчитайте структуру послеоперационных осложнений в зависимости от отделения.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень послеоперационных осложнений в ГКБ №1.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 17.

При исследовании заболеваемости детей дошкольного возраста инфекционными болезнями в Беляевском р-не получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев инфекционных болезней у детей дошкольного возраста

Категория детей	Число детей	Число случаев острых инфекционных болезней (абс.)
Организованные дети*	15800	890
Неорганизованные дети	8975	501
Итого:	24775	1391

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от категории детей) показатели заболеваемости острыми инфекционными болезнями.
2. Рассчитайте структуру острой инфекционной заболеваемости в зависимости от категории детей.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень инфекционной заболеваемости у детей дошкольного возраста.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 18.

В рамках исследования заболеваемости болезнями дыхательной системы взрослого населения Восточного Оренбуржья были получены данные о заболеваемости населения сельского врачебного участка (СВУ) с. Сара Кувандыкского р-на в 2017 г. (таблица).

Таблица

Число случаев болезней органов дыхания жителей СВУ с. Сара в 2017г*.

Квартал	Число случаев		
	Бронхит	Пневмония	Итого:
I	61	15	76
II	9	7	16
III	19	2	21
IV	15	14	29

* Примечание: организованные дети – дети, посещающие детские дошкольные учреждения.

Итого:	104	38	142
--------	-----	----	-----

* Численность населения СВУ на 2017 г. составила 10545 человек

Задания:

1. Рассчитайте уровни заболеваемости бронхитом и пневмонией и общую заболеваемость болезнями органов дыхания в 2017 г.
2. Рассчитайте структуру заболеваемости болезнями органов дыхания поквартально.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень заболеваемости болезнями дыхательной системы у взрослого населения Кувандыкского р-на на основании полученных данных СВУ с. Сара.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 19.

При изучении заболеваемости и инвалидности взрослого населения г.Оренбурга от ХНЗЛ были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев первичного выхода на инвалидность взрослого населения г. Оренбурга* от ХНЗЛ (по группам инвалидности)

Группа инвалидности	Число случаев первичного выхода на инвалидность
I	9
II	11
III	21
Итого:	41

* Примечание: исследованием было охвачено 1985 больных ХНЗЛ

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от группы инвалидности) показатели первичного выхода на инвалидность от ХНЗЛ.
2. Рассчитайте структуру инвалидности в зависимости от группы инвалидности.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень первичного выхода на инвалидность больных с ХНЗЛ.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 20.

При выборочном исследовании заболеваемости сельского населения Соль-Илецкого р-на болезнями органов пищеварения получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев болезней органов пищеварения у мужчин и женщин

Пол	Охвачено исследованием (чел.)	Число случаев болезней органов пищеварения (абс.)
М	480	20
Ж	679	70
Итого:	1159	90

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от пола) показатели заболеваемости болезнями органов пищеварения.
2. Рассчитайте структуру заболеваемости болезнями пищеварительной системы в зависимости от пола.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень заболеваемости болезнями пищеварительной системы у жителей Соль-Илецкого р-на.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 21.

При исследовании заболеваемости и инвалидности взрослого населения г.Оренбурга от болезней системы кровообращения были получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев первичного выхода на инвалидность взрослого населения г. Оренбурга* от болезней системы кровообращения (по группам инвалидности)

Группа инвалидности	Число случаев первичного выхода на инвалидность
I	11
II	21
III	20
Итого:	52

* Примечание: исследованием было охвачено 2654 больных болезнями системы кровообращения

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от группы инвалидности) показатели первичного выхода на инвалидность от болезней системы кровообращения.
2. Рассчитайте структуру инвалидности в зависимости от группы инвалидности.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень первичного выхода на инвалидность больных с болезнями системы кровообращения.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 22.

При выборочном исследовании заболеваемости детского населения г.Оренбурга инфекционными болезнями получены данные, представленные в таблице.

Таблица

Число случаев инфекционных болезней среди детей в зависимости от возраста

Возраст	Охвачено исследованием (чел.)	Число случаев инфекционных болезней (абс.)
До 2 лет	975	26
2 года и старше	688	22
Итого:	1663	48

Задания:

1. Рассчитайте общий и погрупповые (в зависимости от уровня образования) показатели заболеваемости детей инфекционными заболеваниями.
2. Рассчитайте структуру инфекционной заболеваемости в зависимости от возраста детей.
3. Рассчитайте минимально и максимально возможный уровень распространенности инфекционных заболеваний у детей г. Оренбурга.
4. На основе полученных данных оформите вывод.

Практическое задание № 23.

Больной П., 1964 года рождения, проживает в г. Оренбурге.

Обратился 17.01.2018 г. в поликлинику по месту жительства по поводу острого ларинготрахеита.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 24.

Больной Г. 1969 года рождения, проживает в г. Оренбурге. Обратился 10.03.2018 г. в поликлиники по месту жительства с жалобами на повышение температуры, головную боль, резкую боль в горле.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 25.

Гражданка М. 1970 года рождения, проживает в г. Оренбурге.

Вызвала 07.12.2018 г. бригаду скорой медицинской помощи с жалобами на боли в животе, тошноту и рвоту.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 26.

Гражданка П. 1974 года рождения, проживает в г. Оренбурге.

Обратилась 02.04.2018 года к врачу травматологу травмпункта по поводу травмы колена.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 27.

Гурова А.Н. обратилась 15.11.2018 года к участковому врачу-терапевту поликлиники № 2 ГАУЗ «ГКБ» № 6, с жалобами на слабость, потливость, головокружение, тошноту. После обследования установлен диагноз железодефицитная анемия

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 28.

Больная Комарова Юлия Вячеславовна, 09.10.1969 года рождения., продавец магазина «Магнит» ОФД АО «Тандер» обратилась к участковому терапевту поликлиники №1 Смирновой К.П. ГАУЗ «Городская клиническая больница №3» (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Туркестанская, 3) по поводу обострения хронического обструктивного бронхита 19.03.2018 года. Была нетрудоспособна. Пациентке выдан листок нетрудоспособности с 19.03.2018 года по 23.03.2018 года. Далее он продлялся по 27.03.2018 года. 27.03.2018 года пациентка признана трудоспособной. Листок нетрудоспособности закрыт. Амбулаторная карта № 0002376.

Оформите листок нетрудоспособности Комаровой Ю.В.

Практическое задание № 29.

У Леонтьевой Татьяны Викторовны, 21.05.1976 года рождения, менеджера по рекламе ООО «Оренбург-Иволга» г. Оренбурга, в родах установлен диагноз многоплодной беременности. На учет встала в срок до 12 недель. Дата родов 1 марта 2018 года в ГБУЗ «Оренбургский клинический перинатальный центр» (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Гагарина, 23).

В женской консультации был выдан листок нетрудоспособности с 30 недели беременности. Акушер-гинеколог женской консультации Нисневич А.И. Индивидуальная карта беременной № 0006186.

Оформите листок нетрудоспособности Леонтьевой Т.В.

Практическое задание № 30.

Пименова Инна Александровна, 23.05.1975 года рождения, кондитер ООО «ПрофРесурс», была отстранена от работы врачом-инфекционистом Михайловой А.И. поликлиники «ГКБ № 5» (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Салмышская, 13) в виду контакта с инфекционным больным. Установлен карантин сроком на 12 дней (с 06.09.2018 года по 17.09.2018 года). Амбулаторная карта № 0009238.

Оформите листок нетрудоспособности Пименовой И.А.

Практическое задание № 31.

У Нижеватовой Марины Ивановны, 12.10.1990 года рождения, старшего преподавателя ФГБОУ ВО «ОГПУ» 02.10.2018 года заболела дочь Елена Михайловна, 4 лет, а 06.10.2018 года сын Андрей Михайлович, 6 лет. Диагноз: «ОРВИ». Дети нуждались в уходе. С 02.10.2018 года по 15.10.2018 года матери выдан листок нетрудоспособности участковым педиатром детской поликлиники № 9 ГКБ № 6 (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Ноябрьская, 39) Рузаевой И.Н., который был продлен по 11.10.2018 года. Дочь выздоровела 11.10.2018 года, а сын – 15.10.2018 года. История развития ребенка № 00671.

Оформите листок нетрудоспособности Нижеватовой М.И.

Практическое задание № 32.

Пациент Петров Иван Николаевич, 24.08.1975 года рождения, работает оператором «ООО «Газпром добыча Оренбург», находился в стационаре на дому поликлиники «ГКБ № 5» (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Салмышская, 13), по поводу левосторонней сегментарной пневмонии с 05.06.2018 года по 18.06.2018 года. При выписке трудоспособность восстановлена полностью. История болезни № 33691. Лечащий врач – терапевт Михайлов Н.Б.

Оформите листок нетрудоспособности Петрову И.Н.

Практическое задание № 33.

У Николаевой Марины Леонидовны 23.01.1973 года рождения, учителя МОАУ «Гимназия №3», в эндокринологическое отделение ГБУЗ «Областная детская клиническая больница» (адрес учреждения: г. Оренбург, Рыбаковская, 3) 4.02.2018 был госпитализирован сын – Николаев Антон Николаевич, 13 лет, ребенок-инвалид, для проведения лечения по поводу Сахарного диабета 1 типа. Ребенок нуждался в уходе. Находился на лечении по 26.02.2018. История болезни № 13857. Лечащий врач – Смирнова Р.Т., председатель ВК - Васильева Н.Г.

Оформите листок нетрудоспособности Николаевой М.Л.

Практическое задание № 34.

У Овечкиной Ольги Николаевны, 16.11.1985 года рождения, бухгалтера ООО «Аврора», 15.10.2018 заболела дочь - Овечкина Анна Ивановна, 3 года. Участковым педиатром детской поликлиники № 1 МГКБ им. Н.И. Пирогова (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. пр-т Победы, 140 в) Батраковой Е.Н., вызванной на дом в тот же день, был поставлен диагноз «ОРВИ». Мать находилась в очередном оплачиваемом отпуске. Дата выхода на работу 22.10.2018, ребенок нуждался в уходе и был болен до 25.10.2018. История развития ребенка № 0003682.

Оформите листок нетрудоспособности Овечкиной О.Н.

Практическое задание № 35.

У Патокиной Елены Александровны, 14.02.1989 года рождения, бухгалтера «Оренбургского юридического колледжа» НОУ СПО, 06.06.2018 заболел сын – Сергей Алексеевич, 4 года. Участковым врачом-педиатром детской поликлиники №9 ГКБ № 6 (адрес учреждения: г. Оренбург, ул. Ноябрьская, 39) Романовой Н.А., вызванной на дом в тот же день был поставлен диагноз Острый бронхит. Матери пациента выдан листок нетрудоспособности по уходу. 7.06.2018 состояние больного ухудшилось. Вместе с матерью он был госпитализирован в педиатрическое отделение ГАУЗ ООКБ №2 для продолжения лечения. Листок нетрудоспособности открыт. История развития ребенка № 0008745.

Оформите листок нетрудоспособности Патокиной Е.А.

Практическое задание № 36.

Степанова Наталья Николаевна 12.04.1986 года рождения, воспитатель МБДОУ «Детский сад общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по художественно-эстетическому развитию детей № 14», а также работая по совместительству сторожем в МДОБУ «Детский сад № 32» г. Оренбурга, признана нетрудоспособной 06.04.2018. Диагноз: «Язвенная болезнь желудка, обострение». Участковым терапевтом поликлиники №1 ГКБ № 3 г. Оренбурга (адрес учреждения г. Оренбург, ул. Туркестанская, 3) Демидовой О.Н. выписан листок нетрудоспособности с 8.04.2018 по 11.04.2018. Затем он продлялся по 16.04.2018, 23.04.2018. На приеме 23.04.2018 Степанова Н.Н. признана трудоспособной. Амбулаторная карта № 0007536.

Оформите листок нетрудоспособности Степановой Н.Н.

Практическое задание № 37.

Пациент Григорьев Алексей Николаевич, 05.08.1972 года рождения, работает слесарем УК «Северная». Поступил в нейрохирургическое отделение ГАУЗ «ГКБ № 4» (адрес учреждения: г. Оренбург, пр-т Победы, 1) с диагнозом: «Сотрясение головного мозга средней тяжести. Состояние алкогольного опьянения». Находился на лечении в стационаре с 07.02.2018 года по 27.02.2018 года. За время лечения отсутствовал 20.02.2018 года во время обхода врача. При выписке - нетрудоспособность временно утрачена. С открытым листком нетрудоспособности выписан на дальнейшее амбулаторное лечение. Лечащий врач – нейрохирург Симонов Н.Г., председатель ВК Белов Г.Р. История болезни № 0004937.
Оформите листок нетрудоспособности Григорьеву А.Н.

Практическое задание № 38.

Мужчина Р., 40 лет строитель, лечившийся по поводу хронической пневмонии, был выписан из стационара под наблюдение участкового врача-терапевта.
Задание: составьте программу диспансерного наблюдения, укажите сроки и перечень необходимых мероприятий.

Практическое задание № 39.

Мужчина Д., 35 лет, бухгалтер, продолжительное время страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с обострениями 1-2 раза в год.
Задание: составьте программу диспансерного наблюдения, укажите сроки и перечень необходимых мероприятий.

Практическое задание № 40.

Женщина, 35 лет, обратилась в поликлинику за санаторно-курортной картой. При обследовании был установлен диагноз «сахарный диабет без сосудистых осложнений».
Задание: составьте программу диспансерного наблюдения, укажите сроки и перечень необходимых мероприятий.

Практическое задание № 41.

В отделении медицинской профилактики поликлиники общее число профилактических посещений составило 104878; посещения с целью формирования паспорта здоровья при дополнительной диспансеризации – 3250; посещения с целью проведения скрининг осмотра с измерением АД – 1340; посещения с целью индивидуальных профилактических консультаций – 2800; посещения с целью групповых профилактических консультаций – 120.

- Задание:
1. Дайте определение первичной профилактики.
 2. Что такое вторичная профилактика.
 3. Определите удельный вес профилактических посещений.
 4. Определите удельный вес посещений с целью формирования паспорта здоровья.
 5. Определите удельный вес посещений с целью групповых профилактических консультаций.

Практическое задание № 42.

Деятельность городской поликлиники по профилактической работе представлена следующим образом:

- общее число профилактических посещений – 283455;
- посещения с целью медицинских осмотров – 15300;
- посещения с целью диспансеризации – 10200;
- посещения с целью вакцинации – 5800.

- Задание:
1. Что включает в себя первичная профилактика.
 2. Что такое диспансеризация населения.
 3. Определите удельный вес посещений с целью медицинских осмотров.
 4. Определите удельный вес с целью диспансеризации.
 5. Определите удельный вес посещений с целью вакцинации.

Практическое задание № 43.

Число, состоящих на диспансерном учете больных с артериальной гипертонией в поликлинике №1 г. М., на конец отчетного года составило 3300 человек. Среднегодовая численность прикрепленного населения к поликлинике составляет 30100 человек.

- Задание:
1. Дайте определение понятию – диспансеризация.
 2. Охарактеризуйте цели диспансеризации здорового населения.
 3. Перечислите основные задачи диспансеризации.
 4. Дайте характеристику группам диспансерного наблюдения.
 5. Определите полноту охвата лиц диспансерным наблюдением в поликлинике №1 г. М.

Практическое задание № 44.

В одном из районов города несколько лет работает крупное предприятие химической промышленности, выбросы которого загрязняют атмосферный воздух сернистым газом, парами серной кислоты и спирта. Для изучения влияния загрязнения воздуха на здоровье населения в исследуемом районе было обследовано 120 детей младшего школьного возраста. Из общего числа исследуемых тонзиллит диагностирован у 60 детей, конъюнктивит обнаружен у 38, кариес – у 50, кожными болезнями страдали 12 человек.

В контрольном районе обследовано 134 ребенка того же возраста, из них тонзиллитом страдали 16 человек, конъюнктивитом – 8, кариесом – 12, кожные болезни не выявлены.

- Задание:
1. Вычислите интенсивные и экстенсивные коэффициенты заболеваемости детей младшего школьного возраста тонзиллитом, конъюнктивитом, кариесом зубов и кожными болезнями, проживающими в районе с загрязнением воздушного бассейна и в контрольном районе.
 2. Какие условия, факторы и причины возникновения данных заболеваний?
 3. Какие уровни профилактики помогут в борьбе с данными заболеваниями?

кафедра общественного здоровья и здравоохранения № 1
направление подготовки 31.08.70 Эндоскопия
дисциплина Общественное здоровье и здравоохранение

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Структура и содержание стандарта медицинской помощи.
2. Виды информационно-телекоммуникационных технологий в практической деятельности врача.
3. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ.

Число, состоящих на диспансерном учете больных с артериальной гипертонией в поликлинике №1 г. М., на конец отчетного года составило 3300 человек. Среднегодовая численность прикрепленного населения к поликлинике составляет 30100 человек.

Задание:

1. Дайте определение понятию – диспансеризация.
2. Охарактеризуйте цели диспансеризации здорового населения.
3. Перечислите основные задачи диспансеризации.
4. Дайте характеристику группам диспансерного наблюдения.
5. Определите полноту охвата лиц диспансерным наблюдением в поликлинике №1 г. М.

Заведующий кафедрой _____ Е.Л. Борщук

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации _____ И.В. Ткаченко

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса)
1	УК-2 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знать должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю ординатуры	Вопросы 1 - 9
		Уметь осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом	Практические задания 1 - 9
		Владеть навыком обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	Практические задания 10 - 12
2	ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Знать методы изучения показателей общественного здоровья	Вопросы 7 - 9
		Уметь производить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья	Практические задания 13 - 22
		Владеть навыком составления отчета о показателях состояния здоровья населения	Практические задания 4 - 6
3	ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знать общие вопросы организации медицинской помощи населению, порядок оказания медицинской помощи по профилю обучения в ординатуре	Вопросы 10 - 15
		Уметь разрабатывать маршрутизацию пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Практические задания 23 - 27
		Владеть навыком составлением учетной и отчетной документации	Практические задания 28 - 37
4	ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листков временной нетрудоспособности, порядок оформления медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации, правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, в том числе в форме электронного документа, правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	Вопросы 16 - 31
		Уметь определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, для прохождения медико-социальной экспертизы, определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, заполнять медицинскую документацию, контролировать качество ее ведения, в том числе в форме электронного документа, использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»	Практические задания 28 - 32
		Владеть навыком проведения экспертизы временной нетрудоспособности, навыком оформления необходимой медицинской документации и направления пациентов для осуществления медико-социальной экспертизы, навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Практические задания 33 - 37

5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Педагогика»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном 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 в ординатуре формируются **следующие компетенции:**

УК-2: готовность к управлению коллективом, готовность толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

ЗНАТЬ о закономерностях процесса межличностного восприятия, общения, стратегиях предотвращения и решения конфликтных ситуаций; методы общения в коллективе основанного на толерантном взаимодействии

методы общения в коллективе основанного на толерантном взаимодействии.

УМЕТЬ учитывать особенности социального, этнического, конфессионального и культурного многообразия в управлении и воспитании коллектива

ВЛАДЕТЬ правилами толерантного взаимодействия в процессе профессионального общения.

УК-3: готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

ЗНАТЬ основы педагогической деятельности в равноуровневом медицинском и фармацевтическом образовании в соответствии с нормативной базой. Основные современные педагогические принципы и методы обучения и воспитания.

УМЕТЬ применять знания педагогических методов и технологий в профессиональной деятельности, планировать и проводить занятия с учащимися разных возрастных категорий; формулировать цели занятия, подбирать формы контроля.

ВЛАДЕТЬ методами педагогического общения с пациентами и коллегами.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины «Педагогика»

Тема 1: Медицинская педагогика как наука

Форма(ы) текущего контроля успеваемости:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания, представленные в виде схемы (карты)
- Заполнение таблицы

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Задание

Обсуждаемые вопросы:

1. Медицинская педагогика – как интеграция педагогической и медицинской науки.
2. Компетентностный подход в образовании и профессиональной деятельности врача.
3. Структура личности специалиста.
4. Самообразование и самовоспитание личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.

2. Практические задания:

Работа с индивидуальными карточками в малых группах.

Задача – составить ответ на полученный вопрос в виде схемы (карты.)

Карточки

- 1) Если бы вы были министром здравоохранения и социального развития РФ, то какие действия вы бы предприняли для повышения конкурентоспособности выпускника российского медицинского вуза?
- 2) Каково соотношение медицинского образования с общим и профессиональным? В чем их взаимосвязь?
- 3) Какие качества личности необходимо формировать специалисту медицинского или фармацевтического профиля? Постройте схему «Личностные качества»
- 4) В каком соотношении находятся профессии: медицинский работник, фармацевт, провизор врач и т.д. и учитель, воспитатель? Выделите, что объединяет данные профессии.
- 5) Как проявляется воспитательная функция специалиста медицинского и фармацевтического профиля, в чем ее роль?
- 6) Из каких главных компонентов складываются педагогические аспекты повседневной деятельности медика любой специальности и специалиста в области фармации?
- 7) Постройте схемы «Требования к личности врача» или «Требования к личности выпускника фармацевтического факультета».
- 8) Как соотносятся социализация, воспитание и развитие личности?

3. Задание

Прочитайте следующий литературный отрывок из произведения А.С. Макаренко «Педагогические сочинения»:

«Я не обладаю педагогическим талантом и пришел в педагогику случайно, без всякого на то призвания... Я проработал 32 года, и всякий учитель, который проработал более или менее длительно, - мастер, если он не лентяй».

Поразмышляйте над данным утверждением и свои размышления обоснуйте и запишите в таблице

Я согласен с А.С. Макаренко, так как...	Я не согласен с А.С. Макаренко, так как....

Тема 2: Характеристика процесса обучения.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания, представленные в виде схемы (карты)
- Заполнение таблицы

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Структура процесса обучения. Характеристика его основных компонентов. Структура учебного занятия.
2. Основные методы обучения – лекция, беседа, практические методы.
3. Формы учебной деятельности: индивидуальная, парная, групповая – их характеристика, преимущества и недостатки.
4. Методы контроля знаний и умений.

Практические задание

Задание 1.

Индивидуальная работа с учебным материалом. Форма контроля наличие выполненного задания.

Изучите иерархию целей по Блуму и используя данный материал составьте цель и задачи к практическому занятию с пациентами по вопросам профилактики (тему выберите исходя из профессиональных интересов) по следующей схеме:

Тема занятия: «»

Цель занятия:

Задачи занятия: образовательные:... развивающие:.. воспитательные:..

Задание 2.

Работа в малых группах. Форма контроля наличие выполненного задания представленного в виде схемы (карты).

На основании выполненного задания 1 (выберите один вариант из трех предложенных тем вашими однокурсниками) и составьте схему (карту) проведения беседы с пациентом.

Задание 3.

Решение ситуационных задач с последующим обсуждением в группе

Ситуационная задача 1.

По данным исследования американского педагога Б. Блума каждый учебный год младший школьник решает приблизительно 200 задач и заданий и столько же раз подвергается традиционному оцениванию. В средней школе ежегодно он получает оценки до 2000 раз. Б. Блум придерживался мнения, что около трети школьников благодаря своим высоким положительным отметкам становятся привилегированными. Но другая треть детей становится жертвой, теряет всякий интерес к школе. Эти дети деморализованы, часто доведены до неврозов. Оценочный приговор ставит их на безысходные позиции, без шансов на успех, потому что вызывает образ неудачника.

-Согласны ли вы с этой позицией?

- Как этот взгляд соотносится с обучением взрослых?

-Какие альтернативы традиционной системе оценивания вы можете привести?

Дайте развернутый ответ на поставленные вопросы.

Тема 3: Андрагогический подход к организации процесса обучения в системе ДПО и медицинской организации.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- Заполнение таблицы
- Решение ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Система дополнительного профессионального образования – структура, цели, виды ДПО, нормативная документация.
2. Андрагогика – как наука об образовании взрослых.
3. Андрагогические принципы обучения взрослых.
4. Непрерывное образование врача – понятие, задачи, основные подходы. Значение непрерывного образования врача для совершенствования профессиональной деятельности.
5. Нормативные акты об образовании.

Практическое Задание 1.

Работа в малых группах. Форма контроля – после заполнения таблицы защита полученной модель» занятия.

Данное задание студенты ординатуры выполняют в малой группе 4–5 человек. Необходимо заполнить таблицу, в которой заданы определенные условия: определенный возраст обучающихся (пациентов), обобщенная учебная цель, задачи обучения. Необходимо подобрать к предложенным параметрам методы обучения и контрольные задания. В последней графе надо отметить особенности организации процесса обучения, на которые необходимо обратить внимание.

№	Возраст учеников-пациентов	Учебная цель	Задачи обучения	Методы обучения	Контрольные задания	Особенности организации обучения
	14-18 лет					
	20-22 года					
	35-40 лет					
	50-55 лет					
	65-70 лет					
	Более 80 л.					

Задание 2.

Решение ситуационных задач с обсуждением в группе. Форма контроля ответ поставленные вопросы в задаче

Ситуационная задача 1.

Основываясь на результатах, приведенных ниже исследований, сформулируйте рекомендации для повышения эффективности усвоения учебного материала в каждой из четырех групп.

1. Первая группа испытуемых читала учебный материал 5 раз и через 4 час в их памяти сохранилось около 15 % прочитанного. Вторая группа 1 раз читала материал учебного пособия и один раз воспроизводила, продемонстрировав в среднем 26% усвоения. Третья группа испытуемых 1 раз читала текст и 4 раза воспроизводила. Результаты усвоения материала в третьей группе составили 48%.
2. Три группы молодых людей обучались печатанию. Первая группа занималась 10 дней по 10 часов, вторая 25 дней по 4 часа, третья - 50 дней по 2 часа. Значительно лучше обученной оказалась третья группа.
3. Две группы испытуемых заучивали слова. Одной группе объявили, что опрос будет проводиться через 2 дня, а другой – через 2 часа. Когда через 2 дня испытуемых обеих групп попросили вспомнить заученный материал, члены второй группы не смогли вспомнить слова, заученные накануне.
4. После одноразового прослушивания объяснения преподавателя в долговременной памяти остается около 10% сведений, после самостоятельного чтения – 30%, после показа изучаемого материала, сопровождающегося объяснением и активным наблюдением – 50%, после самостоятельных практических действий –90 %.

Тема 4: Методы и формы воспитания.

Формы текущего контроля:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- Заполнение таблицы
- Решение ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Понятие воспитания в педагогике.
2. Характеристика процесса воспитания.
3. Формы и средства воспитания.
4. Методы воспитания: убеждение, метод примера их особенности реализации в профессиональной деятельности специалиста медицинского и фармацевтического профиля.
5. Методы воспитания: приучение, поощрение, наказание – их особенности реализации в профессиональной деятельности медицинского и фармацевтического профиля.

Практическое Задание 1.

Работа с карточками в малых группах.

Карточка 1.

Что вы понимаете под методом воспитания? Из приведенных ответов выберите правильный, указав на ошибочность остальных.

1. Методы воспитания – это способы воздействия воспитателя на сознание и волю воспитанников с целью формирования в них желаемых качеств.
2. Метод воспитания – это деятельность воспитателя, в результате которой воспитанники усваивают необходимые правила поведения.
3. Под методами воспитания следует понимать деятельность учителя, руководителя коллектива и учащихся и коллег с целью активизации их общественно полезной деятельности.

Карточка 2.

Что такое поощрение? Из приведенных ответов выберите один правильный, обосновав ошибочность остальных.

1. Поощрение – способ педагогического воздействия на воспитанника, работника выражающий положительную оценку воспитателем поведения воспитанника, работника с позиций интересов коллектива с целью закрепления положительных качеств.
2. Поощрение – это метод воспитания, который предполагает вынесение в благодарности с целью его успокоения.
3. Под поощрением следует понимать такой метод воспитания, когда поощряется воспитанник, работник с целью формирования у него положительного отношения к своим обязанностям.

Карточка 3.

Что такое наказание? Из приведенных ответов выберите правильный, обосновав ошибочность других.

1. Наказание – это решающий фактор торможения отрицательных действий воспитанника с целью формирования у него боязни за свои неверные действия.
2. Наказание – метод воспитания, который представляет не что иное, как проявление формы требования к коллективу.
3. Под наказанием необходимо понимать способ воздействия воспитателя на воспитуемого с целью торможения его отрицательных поступков.

Карточка 4.

Есть ли взаимосвязь между обучением и развитием? В чем проявляется эта взаимосвязь?

Из предложенных альтернативных суждений выберите то, в котором наиболее полно выражена ваша точка зрения на эту проблему:

1. Развитие и обучение – процессы взаимосвязанные.
2. Развитие детерминировано биологическими факторами. Оно осуществляется по своей генетической программе. Несомненно, что благодаря успешной или неуспешной реализации этой программы обучение может проходить с разной степенью интенсивности.
3. Обучение представляет собой сложный процесс овладения знаниями, умениями и навыками. Нередко случается, что человек нигде и не учился, но имеет высокий уровень развития.
4. Интеллект человека – сложное анатомо-психологическое образование. До сих пор до конца не понятны законы его развития. В процессе обучения человек лишь в определенной мере пользуется этим богатством.

Карточка 5.

А. С. Макаренко писал: «На самом деле главные основы воспитания закладываются до пяти лет, и то, что вы сделали до пяти лет, – это 90% всего воспитательного процесса, а затем воспитание продолжается, обработка человека продолжается, но в общем вы начинаете вкушать ягодки, а цветы, за которыми вы ухаживали, были до пяти лет» (Макаренко А. С. Педагогические сочинения: В 8 т. – М.: Педагогика, 1984. – Т. 4. – С. 215).

Каково ваше отношение к этому высказыванию А. С. Макаренко?

Из приведенных примеров выберите ответ, наиболее полно отражающий вашу точку зрения на эту проблему. Аргументируйте свой выбор.

1. А. С. Макаренко не учитывает особенностей анатомо-физиологического и социально-психического развития детей различных возрастных групп. Поэтому в каждом возрасте есть свои «основы» морали, свое содержание воспитания, которое и необходимо усваивать, Задача воспитателей и заключается в том, чтобы установить, что является главным в каждом возрасте, этому учить и воспитывать.
2. А. С. Макаренко, несомненно, прав. Ведь до пяти лет ребенок овладевает значительным пластом социального опыта: языком, нравственными правилами поведения и т. п. В этот период закладываются такие важные качества, как доброта, чувства, привычки, уважение к людям, бережное обращение с вещами, трудолюбие, аккуратность и др. А это и составляет прочный фундамент нравственного богатства личности.
3. А. С. Макаренко прав: для воспитания возраст до пяти лет имеет первостепенное значение. Но он рассматривает этот вопрос односторонне. Сомнительно, что до пяти лет закладываются ведущие элементы воспитанности. Думается, что главное в другом, важно сформировать в этом возрасте волю, чувства ребенка. Это и будет важнейшей предпосылкой формирования нравственного богатства личности.
4. А. С. Макаренко не прав, нельзя искусственно делить жизнь воспитанников на два периода: до пяти и после пяти лет. Ведь второй период составляет 10-12 лет, а на него он отводит лишь 10 % воспитательных воздействий, А основные качества формируются во втором периоде: мировоззрение, чувства дружбы, любви, патриотизма.
5. Воспитывать ребенка до пяти лет, необходимо обратить внимание на главное – здоровье, поэтому родители должны позаботиться, чтобы в ребенок рос физически здоровым, владел гигиеническими навыками. В эти годы ребенок еще ничего не понимает о нравственных нормах, правилах. Все эти качества будут сформированы позже, когда ребенок пойдет в школу. Нет оснований соглашаться с мнением А. С. Макаренко.

Практическое задание 2

Ситуационная задача 1.

«В человеческой жизни есть еще один сильный стимул – престиж. Человек, потерявший удовольствие от напряжения, от высоких достижений в труде, не рассчитывающий на престиж в сфере труда, ищет выход своей личности в других сферах. Возникают пороки. Это всевозможные химические средства, изменяющие психологическую настроенность и создающие иллюзию удовольствия. Один порок мы уже познаем – алкоголизм. Я считаю, что мы уже сейчас убавили необходимый и напряженный труд ниже доступного уровня. Природа диктует определенный уровень необходимости в работе, ниже которого опускаться нельзя. Если ориентироваться на уровень счастья пассивных людей, которые согласны на счастье «поменьше», лишь бы работа была «полегче», тогда мы снизим уровень всех остальных людей. И, значит, эффективность нашего общества в целом. А главное, понизим потенциал будущего поколения. А это опасно». (Амосов Н. М. «Жизнь человека и условия ее прочности»)

Проанализируйте эту мысль Н.М. Амосова. Автор прав или заблуждается? Как бы вы изменили систему воспитания с целью преодоления данных тенденций?

Ситуационная задача 2

Сформулируйте цели, задачи к занятию, определите место и время проведения занятия, дайте характеристику юной аудитории, методы, принципы и формы организации занятия на тему: «Курение — за и —против!». Характеристика аудитории: 15—18-летние подростки обоих полов подверженные сильному влиянию сверстников, особенно старших знакомых. Они, как правило, стремятся доказать свою оригинальность и в то же время «быть как все»; часто занимают заведомо враждебную позицию ко всему, исходящему от родителей и педагогов. Предполагается, что на занятие придут те, кто заинтересован проблемой и собирается участвовать в дискуссии.

Ответ: «Занятие для старшеклассников о вредных привычках»

Цель: Воспитание старшеклассников мотивации здорового образа жизни и обеспечение возможности обращения к специалисту за помощью в отказе от табакокурения.

Задачи: в ненавязчивой игровой форме дать учащимся старших классов представление о возможных осложнениях от табакокурения; ознакомить с рекомендациями по избавлению от данной зависимости тех из них, у кого она уже есть.

Место и время проведения: проводится в учебном помещении в учебное время (при исключении времени первых и последних уроков).

Методы и формы подачи материала: предпочтительна групповая лекция с элементами беседы. Наиболее результативно сочетание лекции о положительных и отрицательных сторонах курения.

Задание 3.

Изучив учебный материал, заполните таблицу «Методы воспитания». Форма контроля – после заполнения таблицы, следует представить свой вариант.

№ п	Классификация воспитания	методов	Методы воспитания	Цель	Характеристика	Условия эффективности
1.	Методы формирования сознания личности					

2.	Методы организации деятельности и поведения				
3.	Методы стимулирования деятельности и поведения				
4.	Методы контроля, самоконтроля и самооценки				

Тема 5: Педагогическая деятельность врача.

Формы текущего контроля:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- представление презентаций
- Заполнение таблицы
- Решение ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Общение – понятие, виды, цель, функции.
2. Перцептивная сторона общения понятие о восприятии и понимании в общении
3. Коммуникативная сторона общения – понятие, характеристика коммуникативного процесса.
4. Стили общения – понятие, характеристика.
5. Классификация стилей педагогического общения (можно использовать различные классификации, составить таблицу).
6. Эмоции *Функции эмоций. Эмпатия и проявление профессиональной толерантности специалиста медицинского и фармацевтического профиля*

Практическое задание 1

Микропреподавание: ординаторы выступают перед аудиторией со своими планами занятий, профилактическими лекциями, практическими занятиями и т.д., представляют презентации, а потом отвечает на поставленные вопросы или задают вопросы аудитории. Остальные студенты (ординаторы) слушают и оценивают его по соответствующим параметрам, представленным в таблице. Форма контроля – представленное задание и лист оценки.

Дается задание разработать и записать конспект, начинающийся обращением: «Здравствуйте студенты, пациенты, коллеги и т.д.». Текст должен быть интересным и конкретным, язык – простым, точным, образным, чтобы слушатели могли понимать, о чем идет речь. Продолжительность выступления от 5 до 15 минут.

При работе над текстом ответить на следующие задания:

1. Рассказать о педагогическом замысле своего выступления, дать обоснование выбору его содержания (лекция, беседа, практическое занятие и т.д.)
2. Определить задачу и обосновать логическую структуру.
3. Как вы решили эту задачу методически,
4. Какие требования к педагогической речи вы стремились соблюдать, составляя текст микропреподавания?

Остальные студенты слушают товарища и оценивают его по соответствующим параметрам, представленным в таблице.

«0» баллов – не владеет навыками педагогического общения (**нет**)

«1» балл – частично владеет навыками педагогического общения (**частично**)

«2» балла – хорошо владеет навыками педагогического общения (**да**)

Обсуждение полученных результатов по плану:

- 1) Что бы я позаимствовал у своего товарища.
- 2) Что бы я пожелал ему.

Практическое задание 2.

Назовите и опишите возможные обстоятельства медицинской практики, в которых возникает необходимость педагогических действий специалиста медицинского или фармацевтического профиля. Кому адресовано такое действие? Какие задачи решаются с его помощью?

Примерный ответ и выводы:

Педагогическое действие востребовано в обществе в случаях, когда накопленный опыт должен быть передан другому. Такого типа передача осуществляется и в малых ситуациях обучения, где адресатом выступает человек, не владеющий каким-либо предметом и способами какой-либо деятельности. В практике специалистов медицинского и фармацевтического профиля чаще всего такой фигурой является пациент, а специалист выступает как ретранслятор специальных знаний и умений.

Цель действий специалиста, принявшего на себя психолого-педагогическую позицию, заключается в установлении взаимодействия с другими на основе ценностно-мыслесловесного комплекса идей здоровья, здорового образа жизни, его сохранения и поддержания. Эта позиция, этот взгляд на осуществляемую деятельность должны стать определяющими в профессиональных установках и действиях врача и других специалистов медицинского и фармацевтического профиля.

Практическое задание 3.

Работа в малых группах. Заполните таблицу (можно использовать результаты теста Айзенка на определение типа темперамента), представив рекомендации для эффективного межличностного общения врача и пациента с различным темпераментом. Форма контроля – заполненная таблица.

Врач/пациент	Холерик	сангвиник	меланхолик	флегматик
холерик				
сангвиник				
меланхолик				
флегматик				

Практическое задание 4.

Функции эмоций. Эмпатия и проявление профессиональной толерантности специалиста медицинского и фармацевтического профиля.

Представьте себе человека, полностью лишённого всех эмоций. Как протекали бы его психические процессы?

Какие; трудности возникли бы в процессе профессионального общения у специалиста с низким уровнем эмпатии?

Смог бы он проявлять толерантность? Какие проблемы он бы встречал при общении с людьми другой социальной, этнической, конфессиональной, возрастной и т.д. среды?

При обсуждении этой гипотетической ситуации выявляется важность эмпатии и толерантности для выполнения не только профессиональных функций, но и соблюдения общекультурных нравственных норм.

Практическое задание 5.

Решение ситуационных задач с обсуждением в группе. Форма контроля ответ на поставленные вопросы в задаче.

Ситуационная задача

Больной не хочет оперироваться у хирурга-женщины средних лет, а хочет у другого любого мужчины-хирурга. Она объясняет это тем, что хороших хирургов женщин не бывает и боится, что операция пройдет с осложнениями.

Как бы вы построили беседу с больным в случае, если его желание удовлетворить не представлялось бы возможным? Объясните, почему возникают барьеры в общении

Тема 6: Педагогическое общение как форма взаимодействия.

Формы текущего контроля:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- Решение ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Интерактивная сторона общения – понятие, виды взаимодействия медицинский работник и пациент
2. Техники активного слушания.
3. Конфликт – понятие, стадии конфликта.
4. Стратегия разрешения и предупреждения конфликта.

Практическое задание 1

Работа с карточками (схемами) в группах в соответствии одной специальности. Обсудить представленное задание и представьте вариант ответа на поставленный вопрос. Форма контроля наличие выполненного задания и представление его .

Задание: Как меняются основные формы взаимодействия между врачом и пациентом в динамике лечебного процесса? Составьте схему.

Практическое задание 2.

Решение ситуационных задач с обсуждением в группе. Форма контроля ответ на поставленные вопросы в задаче.

Ситуационная задача 1.

Специалисты медицинского и фармацевтического профиля с 5-летним стажем работы, А., Б. и В., решили открыть частную педиатрическую клинику. Дела не пошли из-за того, что скоро у них появились взаимные претензии и конфликты. А. надеялся на большой коммерческий успех. Б. собирался реализовать в лечебном процессе свои новаторские идеи и заняться новыми интересными разработками в области педиатрии. В. радовался, что теперь он будет располагать своим временем, работая на себя, а не на государство.

Дайте характеристику конфликта, предложите стратегию его разрешения.

Ситуационная задача 2.

Старшая медицинская сестра А. в категоричной форме поручает молодой медицинской сестре Н. заменить заболевшую С. на воскресном дежурстве. Но у Н. другие планы на выходные, связанные с решением личных проблем. Старшая сестра настаивает.

Дайте характеристику конфликта, предложите стратегию его разрешения.

Ситуационная задача 3.

Преподаватель на занятии делает замечание студентам по поводу плохой посещаемости лекций. В ответ они утверждают, что подготовятся самостоятельно по учебнику и «чужим» лекциям, а напрасно тратить время они не намерены. После этого преподаватель проводит опрос по материалу лекции и выставляет двойки всей группе. Группа студентов отправляется к заведующему кафедрой и жалуется на предвзятое к ним отношение преподавателя.

1. Определите, к какому типу конфликтов соответствует данный инцидент.
2. Проанализируйте и оцените действия участников инцидента при условии: а) если это объективный инцидент; б) если это субъективный инцидент.

Какие пути управления конфликтом возможны?

Ситуационная задача 4.

Вы высказываете критические замечания в адрес своей подчиненной, она реагирует очень эмоционально. Вам приходится каждый раз свертывать беседу и не доводить ее до конца, вот и сейчас, после ваших замечаний она расплакалась. Как донести до нее свои соображения?

1. Выберите прием воздействия, наиболее соответствующий ситуации.
2. Охарактеризуйте внушение как прием воздействия и укажите условия его использования.
3. Дайте характеристику идентификации как воздействия, укажите условия его использования

Ситуационная задача 5

Пациент, недоволен тем, что ему не назначали лекарство, от которого, по его мнению, его состояние улучшается (этот препарат ему назначал раньше другой врач). Пациент приходит к специалисту и в резкой агрессивной форме высказывает свое мнение, и не хочет слушать, что в связи с сопутствующими заболеваниями желаемый препарат ему противопоказан.

1. Является ли данная ситуация конфликтом? Если да, то, какого типа.
2. Какова стратегия поведения пациента?
3. Назовите объект и субъект конфликта.
4. Какие стратегии в конфликтной ситуации возможны?

Эталон ответа:

- 1) Этот конфликт является межличностным, открытым, конфликт интересов.
- 2) Соперничество - пытается отстоять свои интересы в том виде, как он их понимает.
- 3) Субъекты: специалист и пациент, объект - назначение фармакологического препарата (как кажется пациенту, неправильное).
- 4) Сотрудничество, конкуренция, компромисс.

Тема 7. Итоговое занятие по модулю/дисциплине «Педагогика». Зачёт

Форма(ы) контроля успеваемости:

- Устный ответ.
- Решение ситуационных задач

Оценочные материалы контроля успеваемости:

Вопросы промежуточной аттестации.

Ситуационные задачи.

Внеаудиторная самостоятельная работы ординаторов (контроль самостоятельной работы).

- доклады,
- практические задания;
- презентации мультимедийные;
- проект в виде методической разработки занятия.

Тема 1: Мотивация учебной деятельности.

Форма текущего контроля успеваемости

- доклады

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Темы для докладов:

1. Мотивация в жизни человека.
2. Мотив – понятие. Классификация мотивов.
3. Влияние мотивации на успешность учебной деятельности.
4. Способы формирования познавательной мотивации у обучающихся в школьном возрасте.
5. Способы формирования познавательной мотивации у обучающихся в дошкольном возрасте.
6. Способы формирования познавательной мотивации у обучающихся в подростковом возрасте.
7. Способы формирования познавательной мотивации у взрослых.
8. Мотиваторы и демотиваторы.
9. Влияние семьи на формирование мотивации.
10. Современные теории мотивации
11. Мотивация поведения. Осознанные и неосознанные мотивы.
12. Мотивы и смысл. Мотивация и здоровье. Мотивация и болезнь.
13. Способы мотивирования человека к ведению здорового образа жизни.
14. Мотивация достижения успеха и профессиональная деятельность

Тема 2: Психолого-педагогические характеристики личности в различные возрастные периоды жизни.

Форма текущего контроля успеваемости

- доклады, сообщения
- презентации;

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Темы для докладов (сообщений) и презентаций:

«Психолого-педагогические характеристики развития личности в...» (далее идет выбранный возрастной период) с точки зрения медицинской педагогики..

1. Грудной период: до 1 года
2. Раннее детство: 1-3 года
3. Дошкольный возраст: 3 года — 6-7 лет
4. Младший школьный возраст: 7 – 11 лет
5. Подростковый период 12-14
6. Юношеский период 15 -19
7. Молодость (зрелый возраст 1 период) 20 – 35
8. Взрослость (Зрелый возраст 2 период) 35 — 60 лет
9. Пожилой возраст: 55/60 — 75 лет
10. Старческий возраст: 75 — 90 лет Долгожители — 90 лет и более

Тема 3: Современные методы и формы обучения и воспитания.

Форма текущего контроля успеваемости

- практическое задание -составить карту (схему)

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Выполненная на основе подготовленной темы составляется карта (схема) проведения занятия обучающего, профилактического, диагностического и т.д. характера.

Темы для составления карты (схемы).

1. Круглый стол
2. Дебаты
3. Мозговой штурм, брейнсторминг, мозговая атака\|
4. Case-study или кейс-метод (анализ конкретных ситуаций, ситуационный ана-
5. Деловые и ролевые игры
6. Работа в малых группах
7. Метод обучения в парах (спарринг-партнерство)
8. Мастер класс
9. «Метод аквариума»
10. Метод Jigsaw

Тема 4: Методические и организационные аспекты проведения занятий с пациентами и студентами.

Форма текущего контроля успеваемости

- проект в виде методической разработки
- презентации мультимедийная;

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Итогом освоения данной темы является предоставление проекта в виде методической разработки занятия с пациентами или учащимися согласно рекомендованной схеме. Тема для проведения занятия выбирается исходя из специальности ординатора и актуальности темы, она может быть выполнена в составе малой группы. Тема согласовывается заранее с преподавателем, ведущим дисциплину. Работа предоставляется в письменном виде и в виде презентации.

Защита представленного проекта занятия. В выступлении ординатор раскрывает актуальность выбранной темы, цель занятия, этапы проведения занятия. Дает обоснование выбранному методу обучения и формам контроля усвоенных знаний и умений.

Регламент озвучивания – 5-10 минут. После каждого выступления выступающему задают 2-3 вопроса проблемного характера, на которые он дает исчерпывающие ответы

Примерная схема проекта методической разработки обучения пациентов или студентов (учащихся)

1. **Тема занятия:** _____
2. **Продолжительность занятия:** ___ минут (рекомендуется учитывать возраст, тему и цель занятия)
3. **Контингент пациентов:** отделение или пациенты кабинета (т.е.
4. **описать для кого это занятие)**
5. **Мотивация** (раскрывается актуальность темы для пациента, отвечая на вопрос зачем? эта тема пациенту)
6. **Цель занятия** (формулируется обобщенно)

Задачи: (формулируются конкретно исходя из цели занятия)

Пациент (или например, студентов, учащийся, курсов) должен знать:

Пациент(или например, студентов, учащийся, курсов) должен уметь:

Образец плана проведения занятия, который должен составить ординатор:

№ п/п	Название этапа занятия	Время	Описание этапа занятия
1.	Организационно-мотивационный этап.		
2.	Оценка исходного уровня знаний		указывается форма контроля, например, фронтальный опрос, тестовый контроль
3.	Углубление знаний пациента (на этом этапе врач-преподаватель во- дит новую информацию с помощью опреде- ленного метода обучения (в виде лекции, беседы, дискуссии и т.д.)		указать метод обучения
4.	Закрепление знаний и отработка умений (врач-преподаватель предлагает пациенту отработать умение либо на практике, либо через решение ситуационных задач и т.д.)		указать метод обучения
5.	Оценка конечного уровня знаний		Тестовый контроль
6.	Подведение итогов.		

1. Задания для оценки исходного уровня знаний (вопросы для фронтального опроса, вопросы закрытого типа).
2. Задания для закрепления знаний и отработки умений у пациента.

Примеры:

Отработка на практике пациентами и клиентами специалистов фармацевтического профиля:

- пеленание ребенка, измерение артериального давления, алгоритма пользования индивидуальным ингалятором, другим оборудованием, которое возможно приобрести в аптеке;
- отработка через решение ситуационных задач оценки показателей сахара в крови, рацион питания, уровня физической нагрузки при данном заболевании и т.д.;
- отработка через решение проблемных ситуаций составление режима дня ребенка в определенном возрасте; или рациона питания в период обострения заболевания или в период ремиссии и т.д.

1. Эталоны ответов на задания для закрепления знаний и отработки умений – могут быть представлены как эталоны, так и алгоритмы отработки умений.
2. Тесты для оценки конечного уровня знаний участвующих в занятиях (от 5 до 10 тестов).
3. Эталон ответов на тесты для оценки конечного уровня знаний.
4. Информационный блок для пациента (клиента) – предоставляется в виде основной информации объемом 2-4 страницы.

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный/письменный опрос/доклад	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 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. 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 материала, 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.
Собеседование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении.
проверка практических навыков : составление плана профилактического или учебного занятия	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если степень детализации плана высокая, позволяющая увидеть понятийно-категориальный аппарат исследуемой темы и логические связи между понятиями и фактами; оригинальность оформления.
	Оценка «хорошо» выставляется, если детализации плана достаточная, позволяющая увидеть понятийно-категориальный аппарат исследуемой темы и логические связи между понятиями и фактами.
	Оценка «удовлетворительно» выставляется, если выявлены только основные понятия темы, логические связи между понятиями и фактами выражены слабо.
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если не выявлен категориально-понятийный аппарат представленной темы, логические связи между понятиями и задачами не установлены.
контроль выполнения практических заданий (проект в виде методической разработки профилактического или учебного занятия), создание презентации	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если содержание является строго научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме; информация является актуальной и современной; ключевые идеи и слова в тексте выделены.
	Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация является актуальной и современной; ключевые слова в тексте выделены.
	Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту; есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки; наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация является актуальной и современной; ключевые слова в тексте чаще всего выделены.
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту; много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок; наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация не представляет актуальной и современной; ключевые слова в тексте не выделены.
контроль выполнения практических заданий: решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос

	задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
контроль выполнения практических заданий: составление/заполнение таблиц	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии четкой логичности и наглядности предложенной таблицы; правильности и аргументированности определения типов связи.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии наличия логичности и наглядности предложенной таблицы; правильности и частичной аргументированности определения типов связи между педагогическими понятиями, фактами.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии, если в таблице частично прослеживается наличие логических связей между педагогическими понятиями, фактами, их аргументированность слабая.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии, если в таблице отсутствуют обоснованность и аргументированность логических связей между педагогическими понятиями, фактами.

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в устной форме.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка	Критерии
незачтено	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически. Ответ не раскрывает полноту знаний по теме, в ответе не наблюдается умение выделять главное, использование приемов анализа, сравнения, обобщения, изложение знаний своими словами, приведение примеров, доказательств. Ответ логически не выстроен, в нем отсутствуют доказательства, опирающиеся на аргументы, аналитические данные и факты; ответ не выстроен в единстве теории и практики с подтверждением теоретических положений фактами, педагогическими ситуациями.
зачтено	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора. Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. Выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера).

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

Примерные вопросы к промежуточной аттестации:

1. Медицинская педагогика – как пример интеграции педагогической и медицинской науки. Связь педагогики с другими науками.
2. Основные направления развития профессионального медицинского и фармацевтического образования. Структура ДПО. Законодательная основа.
3. Основные категории педагогики – образование, обучение, воспитание, развитие.
4. Структура личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.
5. Самообразование и самовоспитание личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.
6. Структура процесса обучения. Характеристика его основных компонентов. Структура учебного занятия со студентами и пациентами.
7. Мотивация познавательной деятельности. Особенности мотивации пациента в различные возрастные периоды жизни.
8. Понятие целей и содержания в педагогике. Постановка целей и задач обучения. Требования к отбору и структурирование содержания для проведения занятия с пациентами.
9. Основные методы обучения – лекция, беседа, практические методы. Их практическая реализация в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
10. Формы учебной деятельности: индивидуальная, парная, групповая особенности взаимодействия с пациентом в каждой форме обучения.
11. Методы контроля знаний и умений. Особенности организации контроля знаний и умений при обучении студентов и пациентов.
12. Система дополнительного профессионального образования – структура, цели, виды ДПО, нормативная база.
13. Андрагогика – как наука об образовании взрослых. Организация обучения взрослых
14. Андрагогические принципы и особенности обучения взрослых.
15. Значение и особенности непрерывного образования для совершенствования профессиональной деятельности различных специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
16. Методические обеспечение процесса обучения в образовательной и медицинской организации (фармацевтической).
17. Понятие воспитания в педагогике. Характеристика процесса воспитания.
18. Формы и средства воспитания, реализуемые образовательной и медицинской (фармацевтической) организации.
19. Методы воспитания: убеждение, метод примера – их особенности реализации в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
20. Методы воспитания: приучение, поощрение и наказание – их особенности реализации в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
21. Семейное воспитание. Влияние семьи на формирование у пациента, направленности на сохранение и укрепление здоровья.
22. Общение – понятие, виды, цель, функции. Значение общения в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
23. Перцептивная сторона общения – понятие о восприятии и понимании в общении. Значение перцепции в установлении контакта с пациентом и членами их семей.
24. Коммуникативная сторона общения – понятие, характеристика коммуникативного процесса.
25. Барьеры в общении с пациентом и способы их устранения.
26. Стили общения – понятие, характеристика. Интерактивная сторона общения – понятие, виды взаимодействия с пациентом. Техники активного слушания.
27. Конфликт – понятие, стадии конфликта.
28. Стратегия разрешения и предупреждения конфликта.
29. Публичные выступления в профессиональной деятельности специалистов медицинского или фармацевтического профиля.
30. Толерантное взаимодействие как условие успешной профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

Ситуационные задачи.

Задача 1.

Вам предложено провести занятие для пациентов на тему: «Как восстановить движения после инсульта». Сформулируйте цели, задачи к занятию, определите место и время проведения занятия, дайте характеристику аудитории, методы, принципы и формы организации обучения на тему:

Ответ:

Тема: «Как восстановить движения после инсульта».

Цель: помочь пациентам отделения восстановительной терапии вернуть и активизировать двигательные навыки после перенесенного инсульта.

Задачи:

- Объяснить наиболее доброжелательно, с учётом социальных и этнических особенностей необходимость проведения лечебной гимнастики на раннем реабилитационном этапе;
- научить пациентов комплексу определенных упражнений;
- дать каждому из них возможность убедиться в объеме резервов его организма;
- провести показательную динамику состояния пациента.

Место и время проведения: палата отделения реабилитации; через 2 часа после завтрака.

Характеристика аудитории: пациенты любого возраста, любой социальной группы перенесшие инсульт с средней степенью тяжести заболевания, обеспокоенные в отношении своих двигательных возможностей и предполагающие, что утратили определенную часть объема движений навсегда. На занятии также могут

присутствовать родственники, которые впоследствии помогут реабилитации пациента.

Методы и формы подачи материала: лекция с демонстрацией, комплекса упражнений, индивидуальный подход в ходе практического занятия, консультации.

Задача 2.

Сформулируйте цели, задачи к занятию, формы контроля к занятию, дайте характеристику аудитории, на тему:

- «Занятие для родственников тяжелобольных пациентов» Тема: «Уход за лежачими больными в домашних условиях».

Цель: обучить людей, не имеющих медицинского образования, приемам ухода за тяжелобольными лежачими родственниками в домашних условиях.

Задачи:

- научить присутствующих приемам совершения утреннего туалета лежачего больного;
- показать, как можно менять постельное белье с меньшим беспокойством для больного;
- ознакомить с методами и средствами борьбы с пролежнями.

Место и время проведения занятия: проводится в актовом зале поликлиники в пятницу вечером или в субботу утром.

Характеристика аудитории: родственники тяжело больных людей, представители разных возрастов и профессий, не имеющие медицинского образования, впервые столкнувшиеся с проблемой ухода за лежачими больными в домашних условиях.

Методы и формы подачи материала: репродуктивный метод обучения — наглядная демонстрация приемов ухода с элементами фронтальной организации формы обучения — лекция.

Задача 3.

Перечислите дополнительные материалы, которые могут использовать врачи в общении с разными категориями слушателей (пациентами, их родственниками, коллегами, учениками) для передачи специального медицинского содержания. В каких случаях врачу может понадобиться самостоятельное «изобретение» подобных учебно-методических материалов?

Ответ: памятки выполнения процедур, схемы, таблицы, графики, рекламные листовки, брошюры, муляжи, макеты и др.

Задача 4

Как врач может воздействовать на отношение своих пациентов к собственному здоровью? Сформулируйте задачи просветительской работы врача.

Ответ: Для изменения отношения и стратегии поведения людей в сфере здоровья проводят мероприятия, как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Врачи работают персонально с каждым пациентом, а целью общественного здравоохранения становится работа с отдельными социально-экономическими группами населения. Личностно ориентированная работа необходима, так как значительная часть населения рождается здоровой и становится больной в результате неправильного поведения и негативного влияния окружающей среды.

Задача № 5.

Пациенту требуется операция для излечения от тяжелого заболевания. Пациент после посещения столовой узнал, что в больнице лежат пациенты с рецидивами после аналогичной операции. Он оказался в замешательстве, и решил отказаться от операции, сообщив об этом лечащему врачу. Врач, узнав причину отказа, пригласил его на беседу с пациентом, излечимся с помощью данной операции. Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом?
2. Какой стратегией поведения воспользовался врач?
3. Какое развитие событий Вы предполагаете?

Эталоны ответов:

1. Нет, это конфликтная ситуация (предконфликт).
2. Соперничество (конкуренция) путем скрытого влияния.
3. Благоприятный исход при убедительности излечившихся пациентов и ведомости пациента. Неблагоприятный, при «неведомости» пациента и уверенности в рецидиве после операции.

Задача № 6.

Врач назначает пациенту плановую операцию. Пациент не считает целесообразным совершение данной манипуляции, учитывая, что возможным последствием операции является потеря трудоспособности или смерть пациента.

Вопросы:

1. Какой вид конфликта присутствует?
2. Какую стратегию поведения лучше выбрать врачу?
3. Опишите способ разрешения данного конфликта путем сотрудничества.

Эталоны ответов:

1. Конфликт межличностный, открытый.
2. сотрудничество Врач вместе с пациентом обсудит наиболее приемлемое лечение, с применением других методов, которые удовлетворят пациента и излечат заболевание.

Задача № 7

К врачу пришла пациентка К. 65 лет с претензией по поводу выписанных ей лекарств, так как она прочла в газете о более эффективных таблетках. На претензию доктор грубо возразил, что пациентка не компетентна в данном вопросе, а он имеет диплом врача и лучше знает, какие лекарства ей принимать.

Вопросы:

1. Кто является субъектом конфликта?
2. Какой вид конфликта присутствует?
3. Какую стратегию поведения в конфликтной ситуации выбрал врач?

Эталоны ответов:

1. Пациентка К. и врач.
2. Межличностный, социальный, вертикальный, антагонистический
3. Соперничество

Задача № 8.

Молодой врач, девушка с приятной внешностью, обычно пытается настоять на своем, логически убеждая всех в своей правоте, манипулирует окружающими и демонстративно игнорирует мнение несогласных с ней. Вследствие такого поведения у нее возникают проблемы во взаимодействии с коллегами. Коллектив отказывается с ней работать.

Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом? К какому виду конфликта относится?
2. Назовите объект и субъект конфликта.
3. Опишите возможный вариант решения конфликта.

Эталоны ответов:

1. Да, между личностью и группой
2. Объект – поведение врача, субъекты – врач и рабочий коллектив
3. Врачу следует изменить свое поведение, научиться слушать других

Задача №9

Ординатор проводил обучение чистке зубов детей младших классов. Занятия проводились в подгруппах по 10 человек в специально оборудованном помещении в школе. После подробного рассказа о правилах чистки зубов и показа стоматологом действия на модели большинство детей сразу освоили основные приемы правильной чистки зубов. Однако нескольким детям, несмотря на то, что они с удовольствием участвовали в занятиях, это не удалось. Когда они пробовали сами почистить зубы или показать это на модели, оказалось, что они не запомнили движения или выполняли их неправильно.

Вопросы:

1. К какому возрастному периоду относятся ученики 1-го класса? Какие физиологические и психологические особенности свойственны детям данного возраста?
2. Правильно ли была выбрана групповая форма занятий для детей этой возрастной группы?
3. Предположите, какой ведущий канал восприятия информации (ведущая репрезентативная система) у детей, испытывавших трудности в обучении чистке зубов.

4. Какими психодиагностическими методами можно определить ведущую репрезентативную систему ребенка?
5. Какие приемы обучения будут более эффективны с такими детьми?

Эталоны ответов

1. Младший школьный возраст. Ведущая деятельность - учебная, внимание кратковременное, высок авторитет учителя и доверие к нему.
2. Да, т.к. дети этого возраста привыкли к групповой форме обучения, заинтересованы показать свои знания и умения товарищам и взрослому, успешнее осваивают новые действия в коллективе (подражание).
3. Кинестетическая репрезентативная система («деятели»).
4. Наблюдение, беседа (можно с учителем, родителями), тестирование.
5. Индивидуальное моторное сопровождение (рука в руке), формирование зрительно-двигательной координации при индивидуальном или партнерском обучении.

Задача 10.

К вам пришли родственники пациентов из разных социальных и этнокультурных групп. Сформулируйте цели, задачи к занятию, формы контроля к занятию, дайте характеристику аудитории.

Составьте план доступного всем занятию я на тему; «Уход за лежачими больными в домашних условиях».

Примерный ответ:

Цель: обучить людей, не имеющих медицинского образования, приемам ухода за тяжелобольными лежачими родственниками в домашних условиях.

Задачи:

- научить присутствующих практическим приемам совершения утреннего туалета лежачего больного;
- показать, как можно менять постельное белье с меньшим беспокойством для больного;
- ознакомить с методами и средствами борьбы с пролежнями.

Характеристика аудитории: родственники тяжело больных людей, представители разных социальных групп, возрастов и профессий, не имеющие медицинского образования, впервые столкнувшиеся с проблемой ухода за лежачими больными в домашних условиях.

Методы и формы подачи материала: репродуктивный метод обучения — наглядная демонстрация приемов ухода.

Задача 11.

В каком случае медицинской практики или фармацевтической практики возникает необходимость педагогических действий? Кому адресовано такое действие? Какие задачи решаются с его помощью?

Ответ: Педагогическое действие востребовано в обществе в случаях, когда накопленный опыт должен быть передан другому. Однако такого же типа передача осуществляется и в малых ситуациях обучения, где адресатом выступает человек, не владеющий каким-либо предметом и способами какой-либо деятельности.

Цель действий человека, принявшего на себя психолого-педагогическую позицию в практике медицины или фармации, заключается в установлении взаимодействия с другими на основе деятельности по сохранению и поддержанию здоровья пациента. Сам пациент, врач, другие медицинские работники, специалисты фармацевтического профиля причастны к сохранению здоровья и потому именно им вменяется в обязанность толерантное взаимодействие с пациентом.

Задача 12.

Какими методами и средствами, вы воспользуетесь в просветительской работе среди молодежи? Назовите, в каких мероприятиях Вы участвовали и какие методы оказались более успешными?

Ответ: Под методами просветительской деятельности понимаются основные способы проведения мероприятий, направленных на установление осознанного и действенного отношения пациентов или потенциальных пациентов к своему образу жизни, здоровью и взаимодействию с врачом и медицинскими службами и специалистами фармацевтического профиля. Различаются и используются устные, наглядные и комбинированные методы.

Задача 13.

Пациент Б. 60 лет, обратился к врачу-стоматологу с желанием восстановить зубной ряд с помощью ортопедической конструкции. После осмотра и обследования врач объяснил пациенту, что конструкцию можно поставить только при удалении двух оставшихся зубов. Больной, недовольный предложенным вариантом лечения, покидает кабинет. В регистратуре клиники его успокаивают и предлагают обратиться к другому врачу. Зная о предыдущем конфликте, новый врач предложил пациенту другой способ лечения, который устроил пациента.

Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом?
2. Кого можно считать субъектом этого конфликта?
3. Как бы Вы поступили в подобном случае на месте первого врача? Эталоны ответов:
4. Да
5. Первый врач и пациент
6. Попытка найти компромисс, предложить сразу несколько вариантов лечения и предоставить пациенту выбор.

Задача 14

Если надо убедить пациента, какие качества вашей личности помогут в общении с пациентом? Какие компоненты общения, следует применять? От каких условий зависит выбор компонентов общения?

Ответ: эмпатия, толерантность; вербальные и невербальные компоненты общения.

Задача 15.

Молодой специалист фармацевтического профиля, работая в аптеке в сельской местности, обычно пытается настоять на своем, логически убеждая всех в своей правоте. Она считает, её знания современнее. Манипулирует окружающими и демонстративно игнорирует мнение несогласных. Вследствие такого поведения у нее возникают проблемы во взаимодействии с коллегами. Коллектив отказывается с ней работать.

Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом? К какому виду конфликта относится?
2. Назовите объект и субъект конфликта.
3. Опишите возможный вариант решения конфликта.
4. Эталоны ответов:
5. Да, между личностью и группой
6. Объект – поведение молодого специалиста, субъекты – молодой специалист и рабочий коллектив
7. Молодому специалисту следует изменить свое поведение, научиться слушать других

Образец зачетного билета

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

кафедра истории Отечества _____
направление подготовки (специальность) ординатура _____
дисциплина Педагогика _____

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1__ /

I. Значение и особенности непрерывного образования для совершенствования профессиональной деятельности различных специалистов медицинского и фармацевтического профиля

II. Барьеры в общении с пациентом и способы их устранения.

III. Решение ситуационной задачи.

Заведующий кафедрой _____ (_____)

Декан _____ факультета _____ (_____)

« _____ » _____ 20__

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (вопросы)
1	УК-2 готовность к управлению коллективом, готовность толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	Знать о закономерностях процесса межличностного восприятия, общения, стратегиях предотвращения и решения конфликтных ситуаций; методы общения в коллективе основанного на толерантном взаимодействии	вопросы № 22-30-
		Уметь учитывать особенности социального, этнического, конфессионального и культурного многообразия в управлении и воспитании коллектива	практические задания (ситуативные задач) № 3, 8, 10
		Владеть правилами толерантного взаимодействия в процессе профессионального общения .	практические задания (ситуативные задачи) №5, 6, 7, 13,15
2	УК-3 готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.	Знать основы педагогической деятельности в разноразном медицинском и фармацевтическом образовании в соответствии с нормативной базой. Основные современные педагогические принципы и методы обучения и воспитания.	вопросы №1-6, 8, 10-13,15-21
		Уметь применять знания педагогических методов и технологий в профессиональной деятельности, планировать и проводить занятия с учащимися разных возрастных категорий; формулировать цели занятия, подбирать формы контроля	Вопросы:7, 9,14 практические задания (ситуативные задачи) № 1,11,12.
		Владеть навыками педагогического общения с пациентами и коллегами,	практические задания (ситуативные задачи) №2, 4, 9, 14

6. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

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

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

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

УК-1. Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

2. Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.

Ординаторы за период прохождения дисциплины должны написать один реферат на любую из следующих тем:

Предлагаемые темы рефератов:

1. Санитарно-гигиенические требования к пунктам временного размещения (ПВР).
2. Санитарно-гигиенические требования к убежищам и противорадиационным укрытиям.
3. Организация защиты продовольствия и воды в период чрезвычайных ситуаций. Способы дезактивации, дегазации и обеззараживания продуктов питания и воды.
4. Организация питания в период чрезвычайной ситуации.
5. Организация водоснабжения в период чрезвычайной ситуации.
6. Особенности организации санитарно-гигиенических мероприятий при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.
7. Анализ чрезвычайных ситуаций мирного времени за последние десятилетия.
8. Сбор и захоронение погибших в военное время. Особенности очистки полей сражения в современных условиях.
9. Организация банно-прачечного обслуживания в период чрезвычайных ситуаций для мирного населения и военнослужащих.
10. Экспертиза продовольствия и воды в период чрезвычайных ситуаций.
11. Современные способы размещения в полевых условиях.
12. Применение индивидуальных средств защиты в период чрезвычайных ситуаций.
13. Тактико-техническая характеристика приборов и комплектов, используемых для экспертизы продовольствия и воды.
14. Специфическая и неспецифическая патология, возникающая у военнослужащих и мирного населения в фортификационных сооружениях, их профилактика.
15. Использование индивидуальных средств защиты в военное время и при возникновении чрезвычайных ситуаций

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1. Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций.

ТЕМА . Санитарно-гигиенические требования к размещению населения в период ЧС

Формы текущего контроля успеваемости - тестирование; устный опрос; собеседование, решение проблемно- ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестирование:

ВАРИАНТ №1

1. РАССТОЯНИЕ, НА КОТОРОМ ОТ ЗДАНИЯ МОГУТ СТОЯТЬ ОТДЕЛЬНО СТОЯЩИЕ УБЕЖИЩА:

- 1) не менее 50м
- 2) не менее 100м
- 3) не менее двух высот рядом стоящего здания
- 4) не менее одной высоты рядом стоящего здания

2. УБЕЖИЩЕ, РАСПОЛОЖЕННОЕ В ЗОНЕ ЧС, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ЗОНЫ РАДИОАКТИВНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ, ДОЛЖНО ОБЕСПЕЧИВАТЬ НЕПРЕРЫВНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ В НЕМ УКРЫВАЕМЫХ НА СРОК НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 1 суток
- 2) 2 суток
- 3) 3 суток
- 4) 5 суток

3. ЗИМОЙ В ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ ПВР ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА НЕ НИЖЕ

- 1) +150С
- 2) +180С
- 3) +200С
- 4) +220С

4. КОЭФФИЦИЕНТ ЗАЩИТЫ ОТ ВНЕШНЕГО ОБЛУЧЕНИЯ В ПРОТИВОРАДИАЦИОННЫХ УКРЫТИЯХ, ОБОРУДОВАННЫХ В ПОДВАЛЬНЫХ ЭТАЖАХ КИРПИЧНЫХ ЗДАНИЙ, СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 200-300
- 2) 300-400
- 3) 400-500
- 4) 500-600

5. СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ В ПВР ПРОВОДИТСЯ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗ В:

- 1) 1 день
- 2) 3 дня
- 3) 5 дней
- 4) 7 дней

ВАРИАНТ №2

1. КОЛИЧЕСТВО ВХОДОВ В УБЕЖИЩЕ:

- 1) не менее одного
- 2) не менее двух
- 3) не менее трех
- 4) не менее четырех

2. МУСОРНЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ В ПВР РЕКОМЕНДУЕТСЯ РАЗМЕЩАТЬ ОТ ЖИЛОЙ ЗОНЫ НА РАССТОЯНИИ НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 5м
- 2) 10м
- 3) 20м
- 4) 25м

3. ПОМЫВКА ПРОЖИВАЮЩИХ В ПВР ПРОВОДИТСЯ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗ В:

- 1) 1 день
- 2) 3 дня
- 3) 5 дней

4) 7 дней
4. УЧАСТОК ДЛЯ ЗАХОРОНЕНИЯ ПОГИБШИХ В ПЕРИОД ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ РАЗМЕЩАЕТСЯ ОТ ПВР НА РАССТОЯНИИ НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 100м.
- 2) 200м.
- 3) 400м.
- 4) 500м.

5. ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ПОГРЕБЕНИИ:

- 1) трупов животных
- 2) трупов заразных больных
- 3) патологоанатомических отходов
- 4) умерших от применения отравляющих веществ

ВАРИАНТ №3

1. ОТКРЫВАНИЕ ДВЕРЕЙ В УБЕЖИЩАХ:

- 1) против хода эвакуации
- 2) по ходу эвакуации
- 3) раздвижные
- 4) складные по типу «гармошка»

2. В УБЕЖИЩАХ СЛЕДУЕТ ПРЕДУСМАТРИВАТЬ МЕДИЦИНСКИЙ ПУНКТ, ПРИ КОЛИЧЕСТВЕ ЭВАКУИРОВАННЫХ БОЛЕЕ:

- 1) 400 человек
- 2) 600 человек
- 3) 700 человек
- 4) 900 человек

3. УБЕЖИЩЕ, РАСПОЛОЖЕННОЕ В ЗОНЕ ЯДЕРНО ОПАСНЫХ ОБЪЕКТОВ, ДОЛЖНО ОБЕСПЕЧИВАТЬ НЕПРЕРЫВНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ В НЕМ УКРЫВАЕМЫХ НА СРОК НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 1 суток
- 1) 2 суток
- 3) 3 суток
- 4) 5 суток

4. ТУАЛЕТЫ В ПВР РЕКОМЕНДУЕТСЯ РАЗМЕЩАТЬ ОТ ЖИЛОЙ ЗОНЫ НА РАССТОЯНИИ НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 5м
- 2) 10м
- 3) 20м
- 4) 25м

5. РАССТОЯНИЕ ОТ ВЕРХНЕГО РЯДА ТРУПОВ ДО ПОВЕРХНОСТИ ЗЕМЛИ ПРИ МАССОВЫХ ЗАХОРОНЕНИЯХ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 0,5м
- 2) 1,0м
- 3) 1,5м
- 4) 2,0м

Вопросы для устного опроса:

1. Определение понятия чрезвычайных ситуаций (ЧС), санитарно-эпидемиологическая характеристика, классификация.
2. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия при возникновении ЧС. Основные мероприятия инженерной защиты. Классификация защитных сооружений.
3. Санитарно-гигиенические требования к убежищам, их классификация, набор помещений.
4. Система жизнеобеспечения убежищ, организация вентиляции, водоснабжения, канализации.
5. Санитарно-гигиенические требования к противорадиационным укрытиям.
6. Организация простейших укрытий в период ЧС.
7. Организация эвакуационных мероприятий в период ЧС.
8. Санитарно-гигиенические требования к пунктам временного размещения (ПВР), выбор территории, классификация, набор помещений, виды жилищ. Основные неблагоприятные факторы, которые могут оказывать влияние на здоровье в мобильных ПВР.
9. Организация срочного захоронения трупов в период ЧС и в военное время.

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача №1

Какое количество воздуха необходимо подавать в убежище в час, если в нем находится 10 человек, выполняющих среднетяжелую физическую работу и 100 выполняющих легкую физическую работу? Предельно допустимое количество CO₂ в убежище не должно превышать 0,5%.

Задача №2

В убежище объемом 100 м³ находится 70 человек, выполняющих легкую физическую работу. Предельно допустимая концентрация диоксида углерода для вентилируемого убежища 0,5 %. Содержание диоксида углерода в атмосферном воздухе 0,04 %. Определите необходимую кратность воздухообмена.

Задача №3

В герметизированном убежище на одного военнослужащего приходится 2,5 м³ воздуха. Содержание диоксида углерода в атмосферном воздухе 0,04 %. Один человек выдыхает 24 л/ч диоксида углерода (легкая физическая работа). Продолжительность пребывания в убежища 5 ч. До какого процента возрастет концентрация диоксида углерода в воздухе убежища через 2 ч?

Задача №4

Необходимо узнать, на сколько процентов снизится концентрация кислорода в воздухе герметизированного убежища за 3 ч, если на одного человека приходится 3 м³ воздуха. Расход кислорода составляет 30 л/ч (выполняется легкая физическая работа). Содержание кислорода в воздухе убежища 21,5%.

Задача №5

В герметизированном убежище в течение 5 ч находится 100 военнослужащих, выполняющих среднетяжелую физическую работу. Объем убежища 120 м³. До какого процента возрастет концентрация диоксида углерода в воздухе убежища через 3 ч?

Задача №6

Требуется узнать, на сколько процентов снизится концентрация кислорода в воздухе герметизированного убежища за 2 ч пребывания в нем 80 человек, выполняющих легкую физическую работу. Объем убежища 90 м³.

Задача №7

Какого объема должно быть невентилируемое убежище, если в нем в течение 5 ч должно находиться 70 человек, выполняющих легкую физическую работу.

ТЕМА Санитарно-гигиенические требования к организации питания населения в период ЧС

Формы текущего контроля успеваемости - тестирование; устный опрос; собеседование, решение проблемно- ситуационных задач.

Тестирование:

1. В острый период чрезвычайных ситуаций предпочтение отдается:

- 1) горячему 3-х разовому питанию
- 2) сухим пайкам
- 3) горячему 2-х разовому питанию
- 4) диетическому питанию

2. Для взрослого населения в ПВР организуется питание:

- 1) 2-х разовое
- 2) 3-х разовое
- 3) 4-х разовое
- 4) 1 разовое

3. Промежутки между приемами пищи в ПВР не должны превышать:

- 1) 4 часа
 - 2) 5 часов
 - 3) 6 часов
 - 4) 7 часов
4. Завтрак в ПВР планируется:
- 1) сразу же после подъема
 - 2) через 1 час после подъема
 - 3) через 2 часа после подъема
 - 4) через 2 часа после подъема
5. УДАЛЕНИЕ РАДИОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ПОВЕРХНОСТЕЙ ИЛИ ИЗ МАССЫ РАЗЛИЧНЫХ ОБЪЕКТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ ЭТО:
- 1) дезинсекция
 - 2) дезактивация
 - 3) дегазация
 - 4) дезинфекция

Вариант 2

1. Ужин в ПВР планируется:
 - 1) непосредственно перед отбоем
 - 2) за 1 час перед отбоем
 - 3) за 2-3 часа перед отбоем
 - 4) за 4-5 часов перед отбоем
2. Энергосодержание завтрака при трехразовом питании:
 - 1) 10-15%
 - 2) 20-25%
 - 3) 30-35%
 - 4) 35-40%
3. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОБЕЗВРЕЖИВАНИЕ (УДАЛЕНИЕ) ОТРАВЛЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ НА РАЗЛИЧНЫХ ОБЪЕКТАХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ ЭТО:
 - 1) дезинсекция
 - 2) дезактивация;
 - 3) дегазация;
 - 4) дезинфекция
4. Норма физиологической потребности в энергии для спасателей и хирургов в период чрезвычайной ситуации:
 - 1) 1500 ккал
 - 2) 2300 ккал
 - 3) 3500 ккал
 - 4) 4200 ккал
5. Нормы обеспеченности мясопродуктами для пострадавшего населения в период чрезвычайной ситуации:
 - 1) 20гр
 - 2) 40гр
 - 3) 60гр
 - 4) 80гр

Вариант 3

1. Энергосодержание обеда при трехразовом питании:
 - 1) 30-35%
 - 2) 35-40%
 - 3) 40-45%
 - 4) 50-55%.
2. Повторение блюд в меню-раскладке в период чрезвычайной ситуации не допускается более:
 - 1) 3 раз
 - 2) 4 раз
 - 3) 5 раз
 - 4) 6 раз
3. Запрещается в период чрезвычайной ситуации готовить блюда:
 - 1) котлеты
 - 2) гуляш
 - 3) борщ
 - 4) кипяченое молоко
4. Норма физиологической потребности в энергии для пострадавшего населения в период чрезвычайной ситуации:
 - 1) 1500 ккал
 - 2) 2300 ккал
 - 3) 3500 ккал
 - 4) 4200 ккал
- 5 Самый надежный способ защиты продовольствия от оружия массового поражения:
 - 1) палатки
 - 2) наземные клады
 - 3) укрытие брезентом
 - 4) подземные склады

Вопросы для устного опроса:

- 1.Значение правильной организации питания в период ЧС мирного и военного времени. Особенности питания в период ЧС. Виды сухих пайков.
2. Форма организации питания в период ЧС. Санитарно-гигиенические требования к организации питания в стационарных условиях. СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья».
3. Санитарно-гигиенические требования к пунктам питания в мобильных пунктах временного размещения. Выбор территории, зонирование участка, набор помещений. Особенности приготовления пищи в период ЧС.
4. Правила оценки меню-раскладки. Санитарно-гигиенические требования к питанию населения в период чрезвычайных ситуаций. Режим питания, энергосодержание продовольственных пайков, нормы обеспечения продуктами питания населения, пострадавшего в ЧС.
5. Медицинский контроль за организацией питания в период ЧС.
6. Защита продовольствия от воздействия оружия массового поражения. Способы дегазации, дезактивации и дезинфекции продуктов питания.

Проблемно-ситуационные задачи:

Задание: Оценить меню-ракладку.

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_1_ НА "_12_" января 2017 г.

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																							
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Ч а й	С о л ь	О в о щ и					Молоко стужённое							
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	свекла		морковь	лук репчатый	п е р е ц				
Понедельник 20__	Завтрак	Консервы рыбные с картофельным пюре, хлеб, сахар, чай с молоком.	190						50				15	0,5	6	350								100		
		Закуска	Винегрет									20				5	30	30	20	15	15					
	Обед	1 блюдо	Борщ					20		20							65	30	60	10	10					
		2 блюдо	Консервы мясные с кашей рисовой		60			40								7										
			Консервы мясные с кашей гречневой			60										10										
			Компот, хлеб	200									20													

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_2__ НА "_17_" января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																					
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры					Сахар	Ч ай	С о л ь	О в о щ и					Молоко стужённое			
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	свекла	морковь	лук репчатый		перец		
Понедельник 1 января 2017	Завтрак	Мясо тушеное с макаронами, хлеб, сахар, чай с молоком.	150				85	70		8			15	0,5									100	
	Обед	Закуска	Салат овощной									5				100	20		15	15				
		1 блюдо	Суп картофельный с крупой			30				6						250			10	15				
		2 блюдо	Мясо тушеное с овощным гарниром					80		6						335			15	15				
			Плов		85			90		6									25	25				
		Компот, хлеб	200										10											
Ужин	Мясо тушеное с кашей Хлеб, масло, сахар, чай с молоком			85		100		8									10	5						
		150								15		15	0,5											100
Итого продуктов за день:			500	85	115		85	340		34	15	5	40	1,0	20	685	20		75	75		200		

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);
овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.
(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ № 3 НА " 21 " января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																					
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Ч ай	Соль	О в о щ и					Молоко сгущённое					
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	свекла		морковь	лук репчатый	перец		
Понедельник 2 января 2017	Завтрак	Рыба жареная с овощным гарниром, Хлеб, сахар, чай с молоком.						110			15				415			5	10					
			150									15	0,5										100	
	Обед	Закуска	Салат из свеклы								5						150							
		1 блюдо	Суп картофельный с горохом			25				6					155				10	10				
		2 блюдо	Мясо тушеное с кашей			85		100		8										10	5			
			Мясо отварное с кашей и соусом			85		90		6										5	5			
			хлеб, сахар, чай	220									10	0,5										
	Ужин	Мясо тушеное с макаронами, хлеб, масло, сахар, чай с молоком.				85	100		8															
			150						5	15		15	0,5										100	
	Итого продуктов за день:			520		85	110	85	290	110	33	15	20	40	1,5	20	570		150	30	30		200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся); овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.
(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_6_ НА "_14_" января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																					
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Ч ай	Соль	О в о щ и					Молоко сгущённое					
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	свекла		морковь	лук репчатый	перец		
Понедельник 4 января 2017	Завтрак	Рыба жареная с овощным гарниром, Хлеб, сахар, чай с молоком.						110			15				415			5	10					
			150									15	0,5										100	
	Обед	Закуска	Салат из свеклы									5						150						
		1 блюдо	Суп картофельный с горохом				25			6						155			10	10				
		2 блюдо	Мясо тушеное с кашей			85		100		8										10	5			
			Мясо отварное с кашей и соусом			85		90		6										5	5			
			хлеб, сахар, чай	220										10	0,5									
	Ужин	Мясо тушеное с макаронами, хлеб, масло, сахар, чай с молоком.				85	100		8															
			150						5	15		15	0,5										100	
	Итого продуктов за день:			520		85	110	85	290	110	33	15	20	40	1,5	20	570		150	30	30		200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся); овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.
(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ № 7 НА " 15 " января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																		
			Хлеб	Рис	Крупы		Макаронные изделия	Жиры					Сахар	Чай	Соль	Овощи					Молоко стужённое
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	свекла	морковь	лук репчатый	
Понедельник 5 января 2017	Завтрак	Рыба тушеная в томате с овощным гарниром, хлеб, сахар, чай с молоком.						100			15				400			5	10		
			150						25				15	0,5							
	Обед	Закуска	Икра овощная									5				80	10	20	50		
		1 блюдо	Суп картофельный с макаронными изделиями				25			6					155			15	10		
			2 блюдо	Мясо жаркое с биточками крупяными	75				80		6								5	5	
		Мясо тушеное с кашей				75			90		6								5	5	
				хлеб, сахар, чай	200									10	0,5						
Ужин	Азу с кашей Хлеб, масло, сахар, чай с молоком		80			100		8									5	10			
		150								15		15	0,5								100
Итого продуктов за день:			500	155	75	25	270	125	26	15	20	40	1,5	20	555	80	10	55	90	200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);
овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.
(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_9__ НА "_17_" января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																			
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	мясные	рыбные	Жиры			Сахар	Ч а й	С о л ь	О в о щ и						
					Гречневая	Бобовые				жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	с в е к л а	морковь	лук репчатый	Коренья, зелень, огурцы	Молоко стужённое
Понедельник 7 января 2017	Завтрак	Мясо, шпигованное с кашей хлеб, сахар, чай с молоком.			95			90		8								10	5			
			150									15	0,5									100
	Обед	Закуска	Винегрет с крупой			5						5						50	10	15	50	
		1 блюдо	Суп картофельный с рисом		25					6						165			5	5		
		2 блюдо	Свинина жареная в сухарях с овощным гарниром					100		6						255	90		25	15		
			Котлеты, биточки, шницель с кашей и соусом			75		100		6									5	5		
			Хлеб, сахар, чай	200									10	0,5								
У ж и н	Тефтели с кашей и соусом Хлеб, масло, сахар, чай с молоком				85		90		6									5	5			
		150								15		15	0,5									100
Итого продуктов за день:			500	25	175	85		380		32	15	5	40	1,5	20	420	90		60	50		200

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);
овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.
(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_11_ НА "_19_" января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																			
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Чай	Соль	Овощи					Молоко сгущённое			
					Гречневая	Бобовые		мясные	рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	свекла		морковь	лук репчатый	огурцы
Понедельник 9 января 2017	Завтрак	Плов хлеб, сахар, чай с молоком.		90				90		8								45	25			
			150								15	0,5										100
	Обед	Закуска	Салат витаминный									5						90	45	15		
		1 блюдо	Рассольник с крупой		20					6						140			5	5	50	
		2 блюдо	Антрекот с овощным гарниром					100		6						355	100		5	5	20	
			Котлеты, биточки, шницель с кашей и соусом			85		90		6									5	5		
			Хлеб, сахар, чай	200										10	0,5							
Ужин	Бигос Хлеб, масло, сахар, чай с молоком					100		8						400	380		50	25				
		150							15		15	0,5									100	
Итого продуктов за день:			500	110	85		380		34	15		40	1,5	20	895	570		155	80		200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_12___ НА "_10_" января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																					
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	мясные	рыбные	Жиры			Сахар	Ч ай	Соль	О в о щ и					Молоко сгущённое			
					Гречневая	Бобовые				жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	свекла	морковь	лук репчатый		перец		
Понедельник 10 января 2017	Завтрак	Макаронник с мясом					85	100		8										5	10			
		Хлеб, сахар, чай с молоком	150										15	0,5										100
	Обед	Закуска	Икра свекольная с крупой		5								5							105		20		
		1 блюдо	Щи из квашеной капусты с фасолью				20				6						95	90		10	5			
			2 блюдо	Мясо жаркое с биточками крупяными		75			80		6										15	15		
		Бифштекс рубленый с кашей и соусом				85		90		6										5	5			
	Ужин	Хлеб, сахар, чай		250									10	0,5										
Котлеты, биточки рыбные с овощным гарниром и соусом				10			100				15				355			25	20					
Хлеб, масло, сахар, чай с молоком		150								15		15	0,5										100	
Итого продуктов за день:			550	80	95	20	85	270	100	26	15	20	40	1,5	20	450	90	105	60	65		200		

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_14_ НА "_12_" января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																			
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Ч а й	С о л ь	О в о щ и				Молоко стужённое				
					Гречневая	Бобовые		мясные	рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная		с в е к л а	морковь	лук репчатый	Коренья, зелень, огурцы
Понедельник 12 января 2017	Завтрак	Мясо, шпигованное с кашей хлеб, сахар, чай с молоком.			95			90		8								10	5			
			150									15	0,5									100
	Обед	Закуска	Салат картофельный с огурцами									5				95				10	45	
		1 блюдо	Щи зеленые												125			10	10	140		
		2 блюдо	Ромштекс с кашей и соусом			85			90		6								5	5		
			Мясо тушеное с овощным гарниром						100		6				275	100			5	5		
			Хлеб, сахар, чай	200										10	0,5							
Ужин	Тефтели с кашей и соусом Хлеб, масло, сахар, чай с молоком			85			90		8								10	15				
		150								15		15	0,5								100	
Итого продуктов за день:			500		180	85		370		28	15	5	40	1,5	20	495	100		40	50	185	200

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_15_ НА "_13_" января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																							
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Ч ай	С о л ь	О в о щ и					Молоко стужённое							
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	свекла		морковь	лук репчатый	перец				
Понедельник 13 января 2017	Завтрак	Мясо тушеное с макаронами, Хлеб, сахар, чай с молоком					85	100		8									10	15						
			150									15	0,5												100	
	Обед	Закуска	Салат из свеклы									5							150							
		1 блюдо	Суп картофельный с горохом				25			6							155			10	10					
		2 блюдо	Мясо тушеное с кашей			85			90		6										5	5				
			Мясо отварное с кашей и соусом			85			90		6										5	5				
			хлеб, сахар, чай	220										10	0,5											
Ужин	Рыба жареная с овощным гарниром, хлеб, масло, сахар, чай с молоком.							110			15				415			10	15							
		150								15		15	0,5											100		
Итого продуктов за день:			520		85	110	85	280	110	26	15	20	40	1,5	20	570		150	40	50			200			

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся); овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.
(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_16_ НА "_10_" января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																				
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Чай	Соль	Овощи					Молоко сгущенное				
					Гречневая	Бобовые		мясные	рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	свекла		морковь	лук репчатый	перец	
Понедельник 14 января 2017	Завтрак	Рыба тушеная в томате с овощным гарниром хлеб, сахар, чай с молоком.	150					120			15				390			25	15			100	
		Закуска	Салат из квашеной капусты со свеклой								5						110	35		5			
	Обед	1 блюдо	Суп картофельный с рисом		25					6					165			5	5				
		2 блюдо	Свинина жареная в сухарях с овощным гарниром					100		6					275	100			5	5			
			Котлеты, биточки, шницель с кашей и соусом			75		100		6									5	5			
		Хлеб, сахар, чай	200									10	0,5										
	Ужин	Гуляш, рагу с макаронами Хлеб, масло, сахар, чай с молоком				85	100		8									5	10				
150									15		15	0,5										100	
Итого продуктов за день:			500	25	75	85	300	120	26	15	20	40	1,5	20	830	210		45	45		200		

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);
овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.
(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_19__ НА "_16_" января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																				
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Ч ай	Со л ь	О в о щ и					Огурцы соленые	Молоко стужённое			
					Гречневая	Бобовые		мясные	рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	с в е к л а			морковь	лук репчатый	
Понедельник 16 января 2017	Завтрак	Тефтели с кашей и соусом, хлеб, сахар, чай с молоком.			85			100		8								5	10				
			150									15	0,5									100	
	Обед	Закуска	Икра свекольная															130		20			
		1 блюдо	Суп картофельный с макаронными изделиями				25			6					155				10	10			
		2 блюдо	Мясо тушеное с кашей			75		100		6										5	5		
			Свинина жареная в сухарях с овощным гарниром					100		6					275	100				5	5		
			Хлеб, сахар, чай	200									10	0,5									
	Ужин	Азу с кашей рисовой Хлеб, масло, сахар, чай с молоком		80				100		8									5	10	25		
			150								15		15	0,5									100
	Итого продуктов за день:			500	80	85	75	25	400		34	15	5	40	1,5	20	430	100	130	30	60	25	200

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

ТЕМА Санитарно-гигиенические требования к организации водоснабжения населения в период ЧС

Формы текущего контроля успеваемости - тестирование; устный опрос; собеседование, решение проблемно- ситуационных задач.

Тестирование:

ВАРИАНТ 1

1.Для обеспечения пострадавшего населения питьевой водой на этапах эвакуации используется:

- а)бутилированная вода
- б)вода централизованной системы водоснабжения
- в)минеральная вода
- г)вода из близлежащих артезианских источников

2. Привозную воду в ПВР необходимо кипятить не менее:

- а)5 мин.
- б)10 мин.
- в)15 мин.
- г)20 мин

3.Основной показатель надёжности обеззараживания воды в полевых условиях:

- а)содержание остаточного хлора в количестве 0,8-1,2 мг/л;
- б)микробиологические показатели;
- в)коли-титр;
- г)коли-индекс.

4. Приоритетный водоисточник в период чрезвычайных ситуаций:

- а)галеи и дождевые воды
- б)поверхностные воды
- в)верховодка
- г)подземные воды

5.Нормы обеспеченности водой населения в период чрезвычайных ситуаций с учетом питьевых нужд, приготовления пищи и санитарно-гигиенических потребностей:

- а)21л.
- б)31л.
- в)45л.
- г)55л.

ВАРИАНТ 2

1.Нормы обеспеченности водой населения для удовлетворение санитарно-гигиенических потребностей человека и обеспечение санитарно-гигиенического состояния помещений:

- а)21л.
- б)21л.
- в)45л.
- г)55л.

2)Периодичность замены тканевого фильтра в ТУФ:

- а)через 1-2ч.
- б)через 2-3ч.
- в)через 3-4ч.
- г)через 4-6ч

3.ПОУ предназначена для:

- а)обеззараживания
- б)обезвреживания
- в)дезактивации
- г)опреснения

4. Обеззараживание воды в полевых условиях проводится в случае:

- а)проводится всегда;
- б)при коли титре менее 100 мл;
- в)при распоряжении мед. службы;
- г)при применении бактериального оружия.

5. Общая минерализация питьевой воды в период ЧС не более:

- а)100 мг/л
- б)500 мг/л
- в)800 мг/л
- г)1500 мг/л

Вопросы для устного опроса:

1. Организация водоснабжения населения в период ЧС на всех этапах эвакуации.
2. Требования к качеству питьевой воды в период ЧС. СанПиН «"Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды, расфасованной в емкости. Контроль качества". " СанПиН 2.1.4.1074-01 Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества. СанПиН 2.1.4.1175-02 «Гигиенические требования к качеству воды нецентрализованного водоснабжения. Санитарная охрана источников»
3. Организация водоснабжения в ПВР. Технические средства для очистки и опреснения воды. (ТУФ, МАФС, ВФС, ПОУ).
4. Организация пунктов водоснабжения. Контроль качества питьевой воды.
5. Обеззараживание индивидуальных запасов воды. Использование таблетированных форм, перспективных направления дезинфектологии питьевой воды, технические средства индивидуального назначения.

Проблемно-ситуационные задачи:

На местности, где разместили ПВР с количеством эвакуированных 150 человек, имеется несколько водоисточников:

1) на расстоянии 500 м от месторасположения ПВР протекает река Шустрая в северо-восточном направлении. Химический завод, где произошла утечка сточных вод, содержащие токсические вещества находится на 10 км выше по течению реки от предполагаемого водозабора. Исследование проб воды из реки Шустрая показало:

Запах и привкус - 3 балла

Цветность 30 градусов

Жесткость 3 мг экв/л

Хлориды 200 мг/л

Сульфаты 250 мг/л

Минерализация 300 мг/л

2) на расстоянии 600м. в юго-западном направлении от месторасположения ПВР располагается озеро Причудское шириной 52 м, длиной 70 м. На поверхности воды и вокруг источника обнаружены маслянистые жирные пятна, кроме того в водоисточнике обнаружена мертвая рыба.

3) в самом селе Осиновка, на расстоянии 800 м от месторасположения ПВР, находится шахтный колодец, глубиной 6 м. Исследование проб воды из колодца показало:

Запах и привкус 2 балла

Цветность 15 градусов

Жесткость 8 мг экв/л

Хлориды 450 мг/л

Сульфаты 450 мг/л

Нитраты 450 мг/л

Минерализация 600 мг/л

4) на расстоянии 30 м от колодца в юго-восточном направлении располагается молочная ферма.

На расстоянии 700м от месторасположения ПВР в северо-западном направлении располагается ключ Муромец, вода из которого обладает следующими качествами:

Запах и привкус 1 балла

Цветность 5 градусов

Мутность 1,6 мг\л по каолина

Жесткость 6 мг экв\л

Минерализация 400 мг\л

Окисляемость 3 мг\л

Нитраты 30 мг\л

Хлориды 200 мг\л

Сульфаты 250 мг\л

ОМЧ - 15 образующих колоний микробов

Общие колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.

Термотолерантные колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.

Общая Альфа радиоактивность воды 0,1Бк\л

Общая Бета радиоактивность воды 0,1Бк\л

Дебит 200 л\час

1. Оцените качество воды в предложенных водоисточниках.
2. Выберите место организации ПРВ.

Задача №2

На местности, где разместили ПВР с количеством эвакуированных 150 человек, имеется несколько водоисточников:

1) на расстоянии 500 м от месторасположения ПВР протекает река Шустрая в северо-восточном направлении. Химический завод, где произошла утечка сточных вод, содержащие токсические вещества находится на 10 км выше по течению реки от предполагаемого водозабора. Исследование проб воды из реки Шустрая показало:

Запах и привкус - 2 балла

Цветность 25 градусов

Жесткость 3 мг экв\л

Хлориды 300 мг\л

Сульфаты 250 мг\л

Минерализация 300 мг\л

2) на расстоянии 600м. в юго-западном направлении от месторасположения ПРВР располагается озеро Причудское шириной 52 м, длиной 70 м. На поверхности воды и вокруг источника обнаружены маслянистые жирные пятна, кроме того в водоисточнике обнаружена мертвая рыба.

3) в самом селе Осиновка, на расстоянии 800 м от месторасположения ПВР, находится шахтный колодец, глубиной 6 м. Исследование проб воды из колодца показало:

Запах и привкус 2 балла

Цветность 15 градусов

Жесткость 8 мг экв\л

Хлориды 50 мг\л

Сульфаты 450 мг\л

Нитраты 50 мг\л

Минерализация 600 мг\л

4) на расстоянии 30 м от колодца в юго-восточном направлении располагается молочная ферма.

На расстоянии 700м от месторасположения ПВР в северо-западном направлении располагается ключ Муромец, вода из которого обладает следующими качествами:

Запах и привкус 1 балла

Цветность 5 градусов

Мутность 1,6 мг\л по каолина

Жесткость 6 мг экв\л

Минерализация 400 мг\л

Окисляемость 3 мг\л

Нитраты 30 мг\л

Хлориды 200 мг\л

Сульфаты 250 мг\л

ОМЧ - 15 образующих колоний микробов

Общие колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.

Термотолерантные колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.

Общая Альфа радиоактивность воды 0,1Бк\л

Общая Бета радиоактивность воды 0,1Бк\л

Дебит 200 л\час

1. Оцените качество воды в предложенных водоисточниках.
2. Выберите место организации ПРВ.

Задача №3

На местности, где разместили ПВР с количеством эвакуированных 150 человек, имеется несколько водоисточников:

1) на расстоянии 500 м от месторасположения ПВР протекает река Шустрая в северо-восточном направлении. Химический завод, где произошла утечка сточных вод, содержащие токсические вещества находится на 10 км выше по течению реки от предполагаемого водозабора. Исследование проб воды из реки Шустрая показало:

Запах и привкус - 2 балла

Цветность 25 градусов

Жесткость 3 мг экв\л

Хлориды 300 мг\л

Сульфаты 250 мг\л

Минерализация 300 мг\л

2) на расстоянии 600м. в юго-западном направлении от месторасположения ПРВР располагается озеро Причудское шириной 52 м, длиной 70 м. На поверхности воды и вокруг источника обнаружены маслянистые жирные пятна, кроме того в водоисточнике обнаружена мертвая рыба.

3) в самом селе Осиновка, на расстоянии 800 м от месторасположения ПВР, находится шахтный колодец, глубиной 6 м. Исследование проб воды из колодца показало:

Запах и привкус 2 балла

Цветность 15 градусов

Жесткость 8 мг экв\л

Хлориды 50 мг\л

Сульфаты 450 мг\л

Нитраты 50 мг\л

Минерализация 600 мг\л

4) на расстоянии 30 м от колодца в юго-восточном направлении располагается молочная ферма.

На расстоянии 700м от месторасположения ПВР в северо-западном направлении располагается ключ Муромец, вода из которого обладает следующими качествами:

Запах и привкус 2 балла

Цветность 5 градусов

Мутность 1,6 мг\л по каолину

Жесткость 5 мг экв\л

Минерализация 400 мг\л

Окисляемость 3 мг\л

Нитраты 20 мг\л

Хлориды 100 мг\л

Сульфаты 250 мг\л

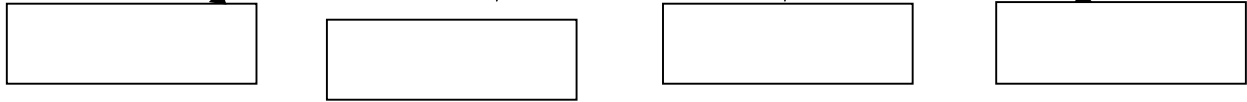
ОМЧ - 15 образующих колоний микробов
 Общие колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.
 Термотолерантные колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.
 Общая Альфа радиоактивность воды 0,1Бк\л
 Общая Бета радиоактивность воды 0,1Бк\л
 Дебит 200 л\час
 1. Оцените качество воды в предложенных водонсточниках.
 2. Выберите место организации ПРВ.

ТЕМА ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОДОВОЛЬСТВИЯ И ВОДЫ В ПЕРИОД ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Формы текущего контроля успеваемости - тестирование; устный опрос; собеседование, решение проблемно- ситуационных задач.
 Тестирование:

Вариант 1.

Этапы гигиенической экспертизы



Содержание I этапа: а)
 б)
 в)

Приборы, использующиеся на I этапе: а)
 б)

Заключение после I этапа

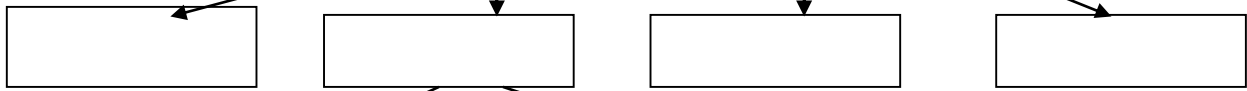


а)
 б)

а)
 б)

Вариант 2.

Этапы гигиенической экспертизы



Отбор проб воды:

а) объем воды
 б) название прибора

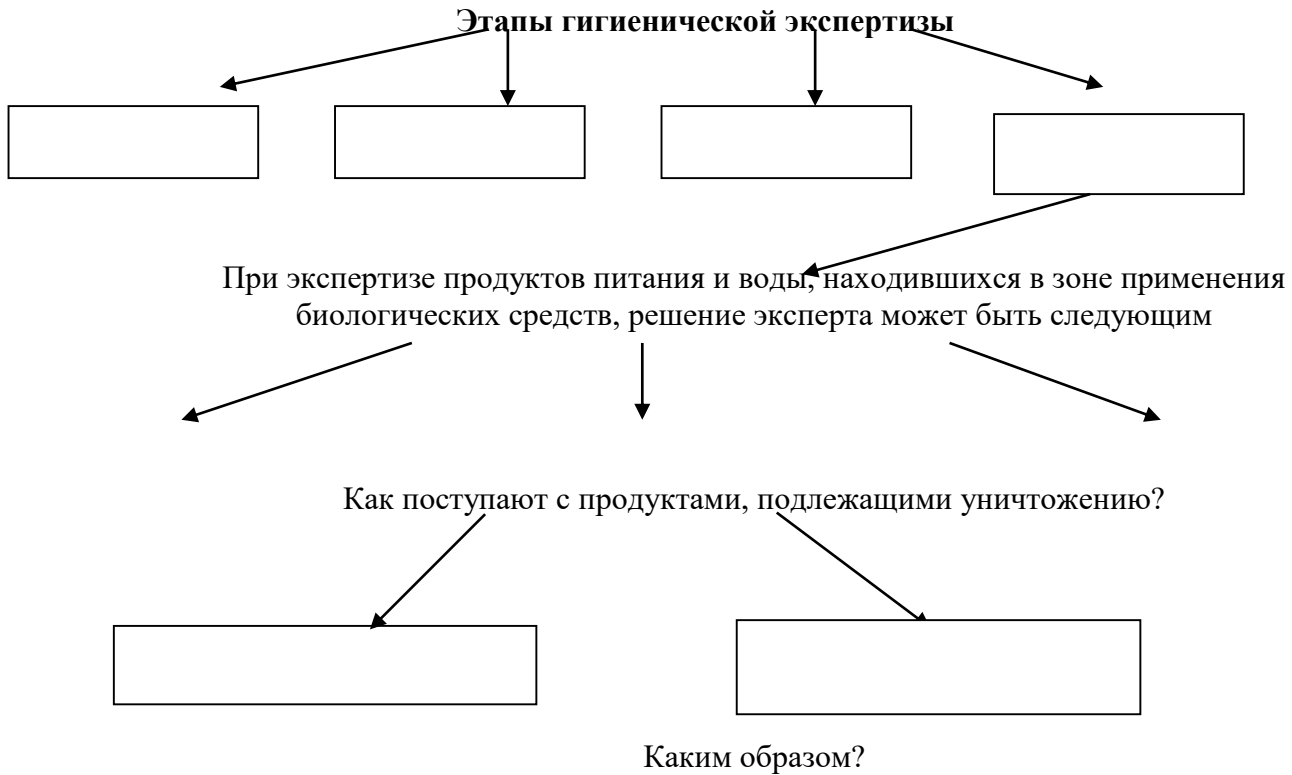
Отбор проб пищевых продуктов:

а) объем продукта
 б) из каких слоев

Название исследований на втором этапе и применяемые средства:

а)
 б)
 в)
 г)
 д)

Вариант 3.



Вопросы для устного опроса:

1. Задачи гигиенической экспертизы продовольствия и воды в условиях применения оружия массового поражения.
2. Специалисты, участвующие в проведении данной экспертизы.
3. Особенности заражения РВ, ОВ и АОХВ различных сред: воды, продовольствия. Сроки естественной дезактивации, дегазации.
4. Этапы гигиенической экспертизы продовольствия и воды.
 - а). Исследование на месте.
 - б). Отбор проб.
 - в). Лабораторные исследования. Основные методы качественного и количественного определения СДЯВ
 - г). Составление экспертного заключения. Виды заключений.
5. Тактико-техническая характеристика табельных комплектов и приборов (ДП-5А, ПХР-МВ, РЛУ-2, МПХЛ, ЛГ-1, ЛГ-2)
 - а). Устройство и принцип работы ДП-5А.
 - б). Устройство и принцип работы ПХР-МВ.
 - в). Устройство и принцип работы ЛГ-1, ЛГ-2.
 - г). Устройство и принцип работы МПХЛ.
 - д). Устройство и принцип работы РЛУ-2.
 - е). Устройство батометра.

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача №1

Расположение военной части подверглось радиоактивному заражению. Санитарная экспертиза произвела осмотр и оценку продовольствия, тары и упаковок, используя дозиметр полевой ДП-5А. На поверхности тары (металлической, стеклянной), посуде и кухонном инвентаре и продовольствие (мясе, колбасе, овощах, крупах, сахаре) предельно допустимая концентрация радиоактивных веществ была выше нормы. Дайте заключение о годности продуктов или определите условия, при которых они будут годны к употреблению

Задача №2.

Во время боевых действий противником было применено отравляющее вещество (маслянистая мелкодисперсная жидкость), в зону действия которого попал склад с запасами хлеба. При осмотре склада представителем мед. службы было установлено, что часть хлеба находилась без упаковки и была покрыта белым налетом, другая часть хлеба была упакована в плотную герметичную упаковку, и третья часть в негерметичной упаковке, но находящаяся под слоем хлеба в герметичной упаковке. Расскажите о тактике проведения мед. экспертизы.

Задача №3

После проведения успешной наступательной военной операции во время возвращения батальона в лагерь у командира появилось подозрение о том, что противник применил оружие массового поражения на территории места дислокации батальона. Какие меры по определению доброкачественности продуктов питания примет санитарная экспертиза? Кем она организуется? И какие приборы для оценки имеет?

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого 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. 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 материала, отличающийся

	неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
Тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 91-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 81-90% правильных ответов
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-80% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов.
Решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без значения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Реферат	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине «Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций» в форме ЗАЧЕТА (итогового тестирования).

Перечень вопросов к промежуточной аттестации.

Выберите один правильный ответ.

001. Обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей:

- 1) катастрофа
- 2) катаклизм
- 3) чрезвычайная ситуация
- 4) чрезвычайное происшествие

Выберите несколько правильных ответов.

002. Вентилируемые убежища защищают от:

- 1) наводнений
- 2) проникающей радиации
- 3) ударной волны
- 4) отравляющих веществ
- 5) биологического оружия

Выберите один правильный ответ.

003. Расстояние, на котором от здания могут стоять отдельно стоящие убежища:

- 1) не менее 50м
- 2) не менее 100м
- 3) не менее двух высот рядом стоящего здания
- 4) не менее одной высоты рядом стоящего здания

Выберите несколько правильных ответов.

004. Классификация убежищ по вентиляции:

- 1) вентилируемые
- 2) не вентилируемые
- 3) с регенерацией воздуха
- 4) с кондиционированием воздуха.

Выберите один правильный ответ.

005. Количество входов в убежище:

- 1) не менее одного
- 2) не менее двух
- 3) не менее трех
- 4) не менее четырех

006. В наружной стене тамбура убежищ следует предусматривать двери:

- 1) защитно-герметичные
- 2) герметичные
- 3) защитные
- 4) бронированные

007. Открывание дверей в убежищах:

- 1) против хода эвакуации
- 2) по ходу эвакуации
- 3) раздвижные
- 4) складные по типу «гармошка»

008. Площадь пола основных помещений УБЕЖИЩ при двухъярусном расположении нар на одного укрываемого должна составлять:

- 1) 0,2 кв.м.
- 2) 0,3 кв.м.
- 3) 0,4 кв.м.

4) 0,5 кв.м.

009. Высота помещений убежищ должна быть не менее:

- 1) 2,0
- 2) 2,15
- 3) 3,45
- 4) 3,5

010. В убежищах, для укрываемых следует предусматривать места для сидения, размерами на одного человека не менее:

- 1) 0,50x0,50 м
- 2) 0,45x0,45 м
- 3) 0,35x0,35 м
- 4) 0,25x0,25 м

011. Обязательное помещение в составе убежищ:

- 1) медицинский пункт
- 2) продовольственный склад
- 3) санитарный пост
- 4) столовая

012. В убежищах следует предусматривать медицинский пункт, при количестве эвакуированных более:

- 1) 400 человек
- 2) 600 человек
- 3) 700 человек
- 4) 900 человек

013. В убежищах допускаются отделка стен:

- 1) керамическая плитка
- 2) штукатурка
- 3) специальная затирка
- 4) стеновые панели

014. В убежищах в женских санузлах один унитаз рассчитан на:

- 1) 10 человек
- 2) 20 человек
- 3) 40 человек
- 4) 50 человек

015. В убежищах в мужских санузлах один унитаз рассчитан на:

- 1) 10 человек
- 2) 20 человек
- 3) 50 человек
- 4) 100 человек

016. В убежищах, количество помещений для хранения продовольствия принимают исходя из расчета одно помещение на:

- 1) 100 человек
- 2) 300 человек
- 3) 600 человек
- 4) 900 человек

017. Убежище, расположенное в зоне ЧС, за исключением зоны радиоактивного загрязнения, должно обеспечивать непрерывное пребывание в нем укрываемых на срок не менее:

- 1) 1 суток
- 1) 2 суток
- 3) 3 суток
- 4) 5 суток

018. Убежище, расположенное в в зоне ядерно опасных объектов, должно обеспечивать непрерывное пребывание в нем укрываемых на срок не менее:

- 1) 1 суток
- 1) 2 суток
- 3) 3 суток
- 4) 5 суток

Выберете несколько правильных ответов.

019. Виды вентиляции убежищ

- 1) режим чистой вентиляции
- 2) режим фильтровентиляции
- 3) режим полной вентиляции с регенерацией воздуха
- 4) режим усиленной вентиляции

Выберете один правильный ответ.

020. Режим чистой вентиляции в убежищах защищает от:

- 1) пыли
- 2) боевых отравляющих веществ
- 3) бактериальных веществ
- 4) аварийно химически опасных веществ

Выберете несколько правильных ответов.

021. Режим фильтровентиляции в убежищах защищает от:

- 1) пыли
- 2) боевых отравляющих веществ
- 3) бактериальных веществ
- 4) продуктов горения при массовых пожарах на убежище

022. Режим полной вентиляции с регенерацией воздуха в убежищах характеризуется использованием:

- 1) устройств, восстанавливающих кислород
- 2) устройств, поглощающих углекислый газ
- 4) фильтров тонкой очистки
- 5) противодымных фильтров

Выберете один правильный ответ.

023. Аварийный запас питьевой воды в убежищах на одного укрываемого:

- 1) 1 литр
- 2) 2 литра
- 3) 3 литра
- 4) 4 литра

024. Допустимая концентрация двуокиси углерода в убежищах до:

- 1) 1%
- 2) 2%
- 3) 3%
- 4) 4%

025. Непрерывное пребывание в противорадиационных укрытиях рассчитано на:

- 1) 1сутки
- 2) 2 суток
- 3) 3 суток

- 4) 4 суток
026. Коэффициент защиты от внешнего облучения в противорадиационных укрытиях, оборудованных в подвальных этажах кирпичных зданий, составляет:
- 1) 200-300
 - 2) 300-400
 - 3) 400-500
 - 4) 500-600
027. Коэффициент защиты от внешнего облучения в противорадиационных укрытиях, оборудованных в нижних этажах кирпичных зданий, составляет:
- 1) 1-2
 - 2) 5-7
 - 3) 10-20
 - 4) 30-40

Выберете несколько правильных ответов.

028. К простейшим укрытиям в период чрезвычайных ситуаций относят:

- 1) перекрытые щели
- 2) траншеи
- 3) шалаши
- 4) противорадиационные укрытия

Выберете один правильный ответ.

029. Расстояние между палатками в ПВР в ряду должно быть не мене:

- 1) 1м.
- 2) 2м.
- 3) 3м.
- 4) 4м.

030. Расстояние между рядами палаток в ПВР должно быть не менее:

- 1) 1м.
- 2) 2м.
- 3) 3м.
- 4) 5м.

031. Зимой в жилых помещениях ПВР поддерживается температура воздуха не ниже

- 1) +15°C
- 2) +18°C
- 3) +20°C
- 4) +22°C

032. Помывка проживающих в ПВР проводится не реже 1 раз в:

- 1) 1 день
- 2) 3 дня
- 3) 5 дней
- 4) 7 дней

033. Смена постельного белья в ПВР проводится не реже 1 раз в:

- 1) 1 день
- 2) 3 дня
- 3) 5 дней
- 4) 7 дней

034. Мусорные контейнеры в ПВР рекомендуется размещать от жилой зоны на расстоянии не менее:

- 1) 5м
- 2) 10м
- 3) 20м
- 4) 25м

035. Туалеты в ПВР рекомендуется размещать от жилой зоны на расстоянии не менее:

- 1) 5м
- 2) 10м
- 3) 20м
- 4) 25м

036. Умывальники в ПВР рассчитывают с учётом 1 умывальник на:

- 1) 4-6 чел.
- 2) 6-8 чел.
- 3) 8-10 чел.
- 4) 10-12 чел.

037. Туалеты в ПВР рассчитывают с учётом 1 туалет на:

- 1) 15 чел.
- 2) 20 чел.
- 3) 30 чел.
- 4) 40 чел.

038. Участок для захоронения погибших в период чрезвычайных размещается от ПВР на расстоянии не менее:

- 1) 100м.
- 2) 200м.
- 3) 400м.
- 4) 500м.

Выберете несколько правильных ответов.

039. В острый период чрезвычайных ситуаций предпочтение отдается:

- 1) горячему 3-х разовому питанию
- 2) сухим пайкам
- 3) консервированным продуктам
- 4) диетическому питанию

040. Мероприятия, которые необходимо проделать, перед вскрытием консервированных продуктов, в период ЧС:

- 1) очистить от смазки
- 2) прогреть в горячей воде
- 3) провести исследование на микробиологический состав
- 4) провести исследование на микробиологический состав

041. Виды пайков, используемых в период ЧС:

- 1) сухие пайки
- 2) рационы выживания
- 3) субкалорийные пайки
- 4) диетические пайки

042. Формы организации питания в период ЧС в пунктах временного размещения:

- 1) с использованием стационарной кухни
- 2) с использованием полевой кухни
- 3) привозное питание
- 4) фастфуд

043. Ответственные за организацию питания в пунктах временного размещения:

- 1) инженерная служба
- 2) медицинская служба
- 3) продовольственная служба
- 4) начальник ПВР

Выберете один правильный ответ.

044. Для взрослого населения в ПВР организуется питание:

- 1) 2-х разовое
- 2) 3-х разовое
- 3) 4-х разовое
- 4) 1 разовое

045. Промежутки между приемами пищи в ПВР не должны превышать:

- 1) 4 часа
- 2) 5 часов
- 3) 6 часов
- 4) 7 часов

046. Завтрак в ПВР планируется:

- 1) сразу же после подъема
- 2) через 1 час после подъема
- 3) через 2 часа после подъема
- 4) через 2 часа после подъема

047. Ужин в ПВР планируется:

- 1) непосредственно перед отбоем
- 2) за 1 час перед отбоем
- 3) за 2-3 часа перед отбоем
- 4) за 4-5 часов перед отбоем

048. Энергосодержание завтрака при трехразовом питании в ПВР:

- 1) 10-15%
- 2) 20-25%
- 3) 30-35%
- 4) 35-40%

049. Энергосодержание обеда при трехразовом питании в ПВР:

- 1) 30-35%
- 2) 35-40%
- 3) 40-45%
- 4) 50-55%

050. Энергосодержание ужина при трехразовом питании в ПВР:

- 1) 10-15%
- 2) 20-30%
- 3) 30-35%
- 4) 35-40%

Выберете несколько правильных ответов.

051. Продукты, которым отдается предпочтение в условиях чрезвычайных ситуаций:

- 1) консервы
- 2) быстрорастворивающиеся крупы
- 3) мясо
- 4) рыба

Выберете один правильный ответ.

052. Повторение блюд в меню-раскладке в период чрезвычайной ситуации не допускается более:

- 1) 3 раз
- 2) 4 раз
- 3) 5 раз
- 4) 6 раз

Выберете несколько правильных ответов.

053. Запрещается в период чрезвычайной ситуации готовить блюда:

- 1) котлеты
- 2) гуляш
- 3) макароны «по-флотски»
- 4) пастеризованное молоко

Выберете один правильный ответ.

054. Норма физиологической потребности в энергии для пострадавшего населения в период чрезвычайной ситуации:

- 1) 1500 ккал
- 2) 2300 ккал
- 3) 3500 ккал
- 4) 4200 ккал

055. Норма физиологической потребности в энергии для спасателей и хирургов в период чрезвычайной ситуации:

- 1) 1500 ккал
- 2) 2300 ккал
- 3) 3500 ккал
- 4) 4200 ккал

056. Нормы обеспеченности мясными продуктами для пострадавшего населения в период чрезвычайной ситуации:

- 1) 20гр
- 2) 40гр
- 3) 60гр
- 4) 80гр

057. Нормы обеспеченности мясными продуктами для спасателей и личного состава медицинских формирований в период чрезвычайной ситуации:

- 1) 40гр
- 2) 60гр
- 3) 80гр
- 4) 100гр

Выберете несколько правильных ответов.

058. Самый надежный способ защиты продовольствия от оружия массового поражения:

- 1) палатки
- 2) наземные склады
- 3) земляные укрытия
- 4) подземные склады

059. Полная защищенность пищевых продуктов от оружия массового поражения достигается при использовании:

- 1) жестяной тары
- 2) стеклянной тары
- 3) вакуумной упаковки
- 4) мешкотары

Выберете один правильный ответ.

060. Удаление радиоактивных веществ с поверхностей или из массы различных объектов внешней среды это:

- 1) дезинсекция
- 2) дезактивация
- 3) дегазация
- 4) дезинфекция

Выберете несколько правильных ответов.

061. Дезактивация сыпучих продуктов проводится:

- 1) применением дезинфектантов
- 2) удалением верхнего слоя
- 3) промыванием водой
- 4) выдержкой временем

062. Комплекс мероприятий, направленных на обезвреживание (удаление) отравляющих веществ на различных объектах внешней среды это:

- 1) дезинсекция
- 2) дезактивация;
- 3) дегазация;
- 4) дезинфекция

063. Дегазация продуктов питания может проводиться:

- 1) проветриванием
- 2) снятием поверхностного зараженного слоя продукта
- 3) применением дезинфектантов
- 4) кулинарной обработкой

064. Не подлежат дегазации и уничтожаются:

- 1) сырое мясо
- 2) готовая пища
- 3) свежие овощи
- 4) продукты питания, употребляющиеся без предварительной кулинарной обработки

065. Комплекс мероприятий, направленный на уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний и разрушение токсинов на объектах внешней среды это:

- 1) дезинсекция
- 2) дезактивация;
- 3) дегазация;
- 4) дезинфекция

066. Самый распространенный способ дезинфекции продовольствия в период ЧС:

- 1) срезание верхнего слоя
- 2) кипячение
- 3) выдержка временем
- 4) обработка химпрепаратами

067. Для обеспечения пострадавшего населения питьевой водой на этапах эвакуации используется:

- 1) бутилированная вода
- 2) вода централизованной системы водоснабжения
- 3) минеральная вода
- 4) вода из близлежащих артезианских источников

068. Привозную воду в ПВР необходимо кипятить не менее:

- 1) 5 мин.
- 2) 10 мин.
- 3) 15 мин.
- 4) 20 мин

069. Качество воды в ПВР должно соответствовать требованиям:

- 1) Санпин 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества децентрализованное водоснабжение»;
- 2) Санпин 2.1.4.1175-02 «Гигиенические требования к качеству воды нецентрализованного водоснабжения. Санитарная охрана источников»
- 3) технического регламента
- 4) ГОСТ

070. Основной показатель надёжности обеззараживания воды в полевых условиях:

- 1) содержание остаточного хлора в количестве 0,8-1,2 мг/л
- 2) микробиологические показатели
- 3) коли-титр
- 4) коли-индекс

071. Приоритетный водоисточник в период чрезвычайных ситуаций:

- 1) талые и дождевые воды
- 2) поверхностные воды
- 3) верховодка
- 4) подземные воды

072. Нормы обеспеченности водой населения в период чрезвычайных ситуаций с учетом питьевых нужд, приготовления пищи и санитарно-гигиенических потребностей:

- 1) 21л.
- 2) 31л.
- 3) 45л.
- 4) 55л.

073. Средствами очистки и опреснения воды в полевых условиях являются:

- 1) ТУФ-200
- 2) МАФС-3
- 3) ВФС
- 4) трубчатый колодец

074. Обеззараживание воды в полевых условиях проводится в случае:

- 1) проводится всегда
- 2) при коли титре менее 100 мл
- 3) при распоряжении мед. службы
- 4) при применении бактериального оружия

075. Обеспеченности водой населения для удовлетворение санитарно-гигиенических потребностей человека и обеспечение санитарно-гигиенического состояния помещений:

- 1) 11л.
- 2) 21л.
- 3) 45л.
- 4) 55л.

076. Нормы обеспеченности водой населения для медицинских учреждений:

- 1) 21л/сут/чел
- 2) 21л/сут/чел
- 3) 45л/сут/чел
- 4) 50л/сут/чел

077. ТУФ-200 предназначен для:

- 1) обеззараживания
- 2) обезвреживания
- 3) дезактивации
- 4) опреснения

078. В состав ТУФ-200 входит:

- 1) угольный фильтр
- 2) реагенты
- 3) резервуары для воды
- 4) фильтр с антрацитовой крошкой

079. Периодичность замены тканевого фильтра в ТУФ:

- 1) через 1-2ч.
- 2) через 2-3ч.
- 3) через 3-4ч.
- 4) через 4-6ч

080. В состав ВФС входит:

- 1) тканевой фильтр
- 2) реагенты
- 3) резервуары для воды
- 4) фильтр с антрацитовой крошкой

081. В состав МАФС входит:

- 1) блок бактерицидных ламп
- 2) угольные фильтры
- 3) реагенты
- 4) резервуары для воды

082. ВФС предназначена для:

- 1) обеззараживания
- 2) опреснения
- 3) обезвреживания
- 4) дезактивации

083. МАФС предназначена для:

- 1) обеззараживания
- 2) обезвреживания
- 3) дезактивации
- 4) опреснения

084. В состав ПОУ входит:

- 1) теплообменно-испарительные установки
- 2) насосно-компрессорные установки
- 3) блок бактерицидных ламп
- 4) угольный фильтр

085. ПОУ предназначена для:

- 1) обеззараживания
- 2) обезвреживания
- 3) дезактивации
- 4) опреснения

086. Для обеззараживания индивидуальных запасов воды используются:

- 1) монохлорамин
- 2) пантоцид
- 3) аквасепт
- 4) аквасан

087. Объем воды, на который рассчитана таблетка пантоцида:

- 1) 100мл
- 2) 150мл
- 3) 450 мл
- 4) 750мл

088. Аквасан в качестве дезинфектанта содержит:

- 1) йод
- 2) перекись водорода
- 3) соль дихлоризоциануровой
- 4) сернокислый алюминий

089. Техническое средство для очистки индивидуальных запасов воды:

- 1) «ТУФ»
- 2) «ПОУ»
- 3) «Родник»
- 4) «Турист 2М»

90. Показатели, по которым оценивается эпидемиологическая безопасность питьевой воды в ЧС:

- 1) термотолерантные колиформные бактерии
- 2) коли титр
- 3) цисты лямблий
- 4) споры сульфитредуцирующей клостридий

091. Дезинфицирующие средства применяют при погребении:

- 1) трупов животных
- 2) трупов заразных больных
- 3) патологоанатомических отходов
- 4) умерших от применения отравляющих веществ

092. Уровень стояния грунтовых вод при погребении трупов должен быть от дна могилы не менее:

- 1) 0,5м
- 2) 1,0м
- 3) 1,5м
- 4) 2,0м

093. Расстояние от верхнего ряда трупов до поверхности земли при массовых захоронениях должно быть не менее:

- 1) 0,5м
- 2) 1,0м
- 3) 1,5м
- 4) 2,0м

094. При массовых захоронениях для ускорения минерализации трупов устраивают:

- 1) аэрацию могилы
- 2) дренаж могилы
- 3) надмогильный холм
- 4) сток дождевых и талых вод

095. СИЗ, которые используют при недостатке кислорода, при высоких концентрациях СДЯВ в воздухе и под водой на малых глубинах:

- 1) фильтрующих противогаз
- 2) промышленный противогаз
- 3) изолирующий противогаз
- 4) респиратор

096. СИЗ, которые предназначены для защиты органов дыхания, глаз, кожи лица от воздействия радиоактивных (РВ) и отравляющих веществ (ОВ), бактериологических средств (БС), ядовитых сильнодействующих веществ (СДЯВ) и других примесей в воздухе:

- 1) фильтрующих противогаз
- 2) промышленный противогаз
- 3) изолирующий противогаз
- 4) респиратор

097. СИЗ, которые предназначены для защиты органов дыхания рабочих и служащих предприятий, производящих СДЯВ при возникновении ЧС:

- 1) фильтрующих противогаз
- 2) промышленный противогаз
- 3) изолирующий противогаз
- 4) респиратор

098. Чрезвычайная ситуация с поражающим фактором, выходящим за пределы российской федерации, либо произошедшая за рубежом, но затрагивающая территорию российской федерации является:

- 1) локальной
- 2) территориальной
- 3) региональной
- 4) федеральной
- 5) трансграничной

099. К гигиеническим мероприятиям, проводимым медицинской службой в период ЧС, относятся все, кроме

- 1) Изучение и оценка состояния здоровья населения
- 2) проведение радиационно-химической и бактериологической разведки
- 3) санитарный надзор и медицинский контроль за выполнением санитарных норм и правил
- 4) разработка мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия

100. К службам, участвующим в организации питания В ПЕРИОД ЧС, относятся все, кроме

- 1) медицинская
- 2) ветеринарная
- 3) инженерная
- 4) продовольственная

101. Оцените качество питьевой воды, Которое получили при Исследование проб воды из трубчатого колодца колодца в ПВР:Запах и привкус 2 балла, Цветность 15 градусов, Жесткость 8 мг экв/л, Хлориды 500 мг/л, Сульфаты 450 мг/л, Нитраты 50 мг/л, Минерализация 600 мг/л:

- 1)соответствует гигиеническим нормативам
- 2)не соответствует гигиеническим нормативам
- 3)не соответствует нормативам по сульфатам и хлоридам
- 4)не соответствует нормативам по хлоридам и нитратам

102. В ПВР питьевая вода из трубчатого колодца обладает следующими качествами: Запах и привкус 2 балла,Цветность 10 градусов, Жесткость 8 мг экв/л,Минерализация 400 мг/л,Хлориды 200 мг/л, Сульфаты 250 мг/л,ОМЧ - 15 КОЕ. Оцените качество питьевой воды:

- 1)соответствует гигиеническим нормативам
- 2)не соответствует гигиеническим нормативам
- 3)не соответствует нормативам по сульфатам и хлоридам
- 4)не соответствует нормативам по хлоридам и минерализации

103. Параметры микроклимата в убежище: температура -200С, влажность 70%, скорость движения воздуха -1,5м/с. Оцените параметры микроклимата в убежище:

- 1)все параметры соответствуют гигиеническим нормативам
- 2)температура и влажность соответствуют гигиеническим нормативам
- 3)скорость движения воздуха и влажность соответствуют гигиеническим нормативам
- 4)все параметры не соответствуют гигиеническим нормативам

104.В убежище в режиме полной изоляции находятся 250 человек. Концентрация двуокиси углерода составила 2%, на одного укрываемого приходится 1,1 куб.м.

Оцените условия пребывания в убежище:

- 1)кубатура на одного человека и концентрация диоксида углерода не соответствуют гигиеническим нормативам
- 2)кубатура на одного человека и концентрация диоксида углерода соответствуют гигиеническим нормативам
- 3)кубатура на одного человека не соответствуют гигиеническим нормативам
концентрация диоксида углерода не соответствуют гигиеническим нормативам
- 4) В пунктах временного размещения организовано 3-х разовое питание для населения.

105.Суточная Калорийность рациона составляет 1800 ккал. Калорийность на завтрак, обед и ужин составляет 35%:45%:20%. Соотношение между белками жирами и углеводами -1,0:1,2:7,0. Оцените организацию питания в ПВР:

- 1)все параметры соответствуют гигиеническим нормативам
- 2)все параметры не соответствуют гигиеническим нормативам
- 3)распределение калорийности, соотношение между белками, жирами и углеводами не соответствуют гигиеническим нормативам
- 4)суточная калорийность, соотношение между белками, жирами и углеводами не соответствует гигиеническим нормативам

106.При эвакуации населения из зоны ЧС железнодорожным транспортом медицинские работники выявили больного с признаками инфекционного заболевания.

Медицинская служба обязана:

- 1)извести органы управления здравоохранения об имеющихся случаях инфекционных заболеваний
- 2)изолировать инфекционного больного
- 3)эвакуируют заболевшего в ЛПУ вдоль маршрута движения
- 4)проводят лечебные мероприятия, пока не доставят больного в ПВР

107.Население эвакуируют автомобильным транспортом по территории, зараженной радиоактивными веществами. В период эвакуации по радиоактивно опасной территории предпочтение отдается продуктам:

- 1)упакованным в жестяную тару
- 2)упакованным в вакуумную тару
- 3)упакованным в стеклянную тару
- 4)упакованным в картонную тару

108.В период эвакуации населению раздали бутилированную воду, которая характеризовалась следующим составом:Жесткость 4 мг экв/л,Минерализация 350 мг/л,Хлориды 200 мг/л,Сульфаты 150 мг/л. Оцените качество питьевой воды:

- 1)соответствует гигиеническим нормативам
- 2)не соответствует гигиеническим нормативам
- 3)не соответствует нормативам по сульфатам и хлоридам
- 4)не соответствует нормативам по хлоридам и минерализации

109. Для медицинской службы поступило задание, организовать медицинский пункт, в месте размещения эвакуированного населения. В состав медицинского пункта должны входить помещения:

- 1)процедурная
- 2)кабинет врача
- 3)кабинет стоматолога
- 4)изолятор
- 5)столовая
- 6)перевязочная

110 Население эвакуируют железнодорожным транспортом в течении суток из зоны ЧС. Возможные способы проведения санитарно-просветительной работы среди населения, при передвижении транспортом:

- 1) проведение бесед по местному радиоузлу
- 2) расклеивание санбюллетеней
- 3) проведение лекций для большой аудитории в одном помещении
- 4) раздача листовок

Эталоны ответов к итоговому тестированию

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	3	26	1	51	1,2	76	4	101	4
2	2,3,4,5	27	2	52	1	77	1,2,3	102	1
3	4	28	1,2,3	53	1,3,4	78	1,2,3	103	1
4	1,2,3	29	3	54	2	79	4	104	3
5	2	30	4	55	4	80	2,3,4	105	4
6	1	31	2	56	3	81	2,3,4	106	1,2,3
7	2	32	4	57	4	82	1,3,4	107	1,2,3
8	4	33	4	58	3,4	83	1,2,3	108	1
9	2	34	4	59	1,2,3	84	1,2	109	1,2,3,4,6
10	2	35	4	60	2	85	3,4	110	1,2,4
11	3	36	3	61	2	86	2,3,4		
12	4	37	2	62	2	87	4		
13	3	38	4	63	1,2,4	88	3,4		
14	4	39	1,2	64	2,4	89	3,4		
15	4	40	1,2	65	4	90	1,3,4		
16	3	41	1,2,3	66	2,4	91	2		
17	2	42	1,2,3	67	1	92	1		
18	4	43	2,3,4	68	2	93	3		
19	1,2,3	44	2	69	1,2	94	1,2		
20	1	45	4	70	1	95	3		
21	1,2,3	46	2	71	4	96	1		
22	1,2	47	3	72	2	97	2		
23	3	48	3	73	1,2,3	98	5		
24	3	49	3	74	1	99	1,3,4		
25	2	50	2	75	2	100	1,2,4		

Критерии оценки ЗАЧЕТА, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Результат аттестации	Критерии оценивания
Зачтено	Оценка «Зачтено» выставляется при условии 71-100% правильных ответов
Не зачтено	Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов.

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1.	ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать : основы организации санитарно-гигиенического обеспечения в период чрезвычайных ситуаций, в том числе при эвакуации населения; основные принципы эвакуации населения при чрезвычайной ситуации	вопросы №№38,39,51,59,67,72,75,76-97
		Уметь осуществлять контроль за санитарным состоянием мест размещения эвакуируемого населения, за соблюдением санитарно-гигиенических норм и правил на объектах питания и водоснабжения, за организацией банно-прачечного обслуживания населения в местах его расселения, за удалением пищевых отходов и их обеззараживанием	вопросы №№106-110
		Владеть навыком проведение санитарно-гигиенической и санитарно-просветительной работы среди эвакуированного населения	вопросы №№106-110
2.	ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Знать: Основные противоэпидемические мероприятия, направленные на защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях; Основные гигиенические нормативы и руководящие документы, определяющие организацию, содержание и порядок проведения санитарно-гигиенических мероприятий в чрезвычайных ситуациях; Содержание, объем и порядок проведения санитарно-гигиенических мероприятий, возлагаемых на медицинскую службу в военное время и в чрезвычайных ситуациях; Организацию и методику санитарно-эпидемиологического надзора за выполнением гигиенических требований к размещению, питанию, водоснабжению, банно-прачечному обслуживанию населения, очистке территории, а также к захоронению умерших; Опасные и вредные факторы среды обитания и их воздействие на жизнедеятельность человека в чрезвычайных ситуациях;	вопросы №№2-38,40-50,52-58,60-66,67-71,73-74,76-97,99-100
		Уметь. Проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия по организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;	вопросы №№ 101-105
		Владеть Навыками противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий в период чрезвычайных ситуаций	вопросы №№ 101-105
3.	ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знать - основы организации санитарно-гигиенического обеспечения в период чрезвычайных ситуаций, в том числе при эвакуации населения; основные принципы эвакуации населения при чрезвычайной ситуации	вопросы №№38,39,51,59,67,72,75,76
		Уметь осуществлять контроль за санитарным состоянием мест размещения эвакуируемого населения, за соблюдением санитарно-гигиенических норм и правил на объектах питания и водоснабжения, за организацией банно-прачечного обслуживания населения в местах его расселения, за удалением пищевых отходов и их обеззараживанием	вопросы №№106-110
		Владеть навыком проведение санитарно-гигиенической и санитарно-просветительной работы среди эвакуированного населения	вопросы №№106-110
4.	УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать Способы, методы, принципы определения проблемной ситуации и возможные пути решения, основы логики, нормы критического подхода, основы методологии научного знания, формы анализа	вопросы №№1,98
		Уметь анализировать проблему, разделяя ее на отдельные этапы для последующего анализа с последующим принятием решения, адекватно воспринимать информацию, логически верно, аргументировано и ясно строить устную и письменную речь, анализировать социально значимые проблемы;	вопросы №№100-110
		Владеть. навыками постановки цели, способностью в устной и письменной речи логически оформить результаты мышления, навыками выработки мотивации к выполнению профессиональной деятельности и решения социально значимых проблем	вопросы №№100-110

7. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Микробиология»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

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

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций

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

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины

По дисциплине, к которой относятся модули: Общая микробиология, Клиническая микробиология – реферат на одну из тем:

1. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Роль условно-патогенных микробов в инфекционной патологии человека.
2. Госпитальная стафилококковая инфекция.
3. Этиологическая и патогенетическая роль стрептококков группы А и В в гнойно-воспалительных, респираторных инфекциях, рожистом воспалении, ангине, остром гломерулонефрите, ревматизме, сепсисе.
4. Синегнойная внутрибольничная инфекция.
5. Дифтерия.
6. Туберкулез.
7. Столбняк.
8. Ботулизм.
9. Газовая анаэробная инфекция (газовая гангрена).
10. Анаэробная инфекция, вызванная неспорообразующими микроорганизмами.
11. Кандидоз.
12. Микозы.
13. Герпесвирусы, патогенные для человека.
14. Энтеральные гепатиты.
15. Парентеральные гепатиты.
16. Вирус иммунодефицита человека.
17. Теоретические основы организации микробиологического надзора и его информационное обеспечение
18. Эпидемиологический надзор. Определение, основные этапы ЭН, особенности при различных нозоформах
19. Эпидемиологический контроль
20. Устройство изоляторов (Мельцеровских боксов) и инфекционных отделений
21. Система карантинных мероприятий – «Санитарная охрана»
22. Организация микробиологических лабораторий.
23. Влияние микробов на жизнедеятельность человека.
24. Питание детей и подростков.
25. Дизентерия – пищевая инфекция.
26. Брюшной тиф – пищевая инфекция.
27. Холера – пищевая инфекция.
28. Микробиология молока и молочных продуктов.
29. Микробиология мяса и мясных продуктов.
30. Микробиология яиц и яичных продуктов.
31. Микрофлора почвы.
32. Микрофлора воды.
33. Микрофлора воздуха.
34. Исторические этапы развития микробиологической лабораторной службы.
35. Нормативные документы в области микробиологической лабораторной службы.
36. Достижения микробиологической лабораторной службы в России и за рубежом.
37. Вклад отечественных учёных в развитие микробиологической лабораторной службы.
38. Значение микробиологической диагностики в идентификации возбудителей.
39. Особенности систематики лабораторных методов диагностики.
40. Основные критерии идентификации микроорганизмов на современном этапе.
41. Индикация покоящихся (некультивируемых) форм бактерий.
42. Роль генетики микроорганизмов в индикации и идентификации возбудителей заболеваний человека.
43. Особенности лабораторного выявления госпитальных штаммов микроорганизмов.
44. Социально-экономические аспекты внутрибольничной инфекции в хирургическом стационаре.
45. Молекулярные взаимосвязи в системе хозяин/микрофлора в норме и патологии.
46. Сепсис-индуцированный синдром полиорганной недостаточности.
47. Социально-экономические аспекты внутрибольничных инфекций.
48. Коморбидные инфекции при ревматических заболеваниях.
49. Оппортунистические инфекции в кардиально-хирургической патологии.
50. Особенности оппортунистических инфекций у лиц пожилого возраста.
51. Новая внутрибольничная инфекция Крейтцфельда-Якоба.
52. Род *Acidaminococcus* .

По дисциплине, к которой относятся модули: Общая микробиология, Клиническая микробиология – собеседование по полученным результатам исследования.

Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины

Модуль 1 Общая микробиология

Форма контроля - тестирование

ОСНОВОПОЛОЖНИК НАУКИ ВИРУСОЛОГИИ

1. З. Ермольева;
2. И. Мечников;
3. Д. Ивановский;
4. Р. Кох;

5. Л.Пастер.

ЗАСЛУГИ Р.КОХА В МИКРОБИОЛОГИИ

1. разработал плотные питательные среды;
2. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры;
3. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители;
4. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители, создал вакцину против бешенства;
5. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители, создал вакцину против бешенства, открыл вирусы.

УЧЕНЫЙ, ОПИСАВШИЙ ЯВЛЕНИЕ АНАЭРОБИОЗА

1. Л. Пастер;
2. И. Мечников;
3. Э. Дженнер;
4. Л. Зильбер;
5. Р.Кох.

РАБОТЫ Л. ПАСТЕРА СВЯЗАНЫ С

1. созданием плотных питательных сред;
2. раскрытием механизмов гуморального иммунитета;
3. научным обоснованием вакцинопрофилактики;
4. конструированием микроскопа;
5. описанием вирусов.

РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ СВЕТОВОГО МИКРОСКОПА

1. 0,2 мкм;
2. 1 мкм;
3. 5 мкм;
4. 0,8 нм;
5. 200 мкм.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕКТРОННОГО МИКРОСКОПА:

1. Разрешающая способность 0,2 мкм, общее увеличение до 1000000^x;
2. Разрешающая способность 0,2 мкм, общее увеличение до 200000^x;
3. Разрешающая способность 0,2 нм, общее увеличение до 1000000^x;
4. Разрешающая способность 2 мкм, общее увеличение до 500000^x;
5. Разрешающая способность 200 мкм, общее увеличение до 20000^x.

ФАЗОВО-КОНТРАСТНАЯ МИКРОСКОПИЯ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ

1. окрашенных флюоресцентными красителями;
2. окрашенных позитивным методом окраски;
3. окрашенных негативным методом окраски;
4. неокрашенных;
5. окрашенных анилиновыми красителями.

В ЛЮМИНЕСЦЕНТНОМ МЕТОДЕ МИКРОСКОПИИ КАК ИСТОЧНИК СВЕТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1. ультрафиолетовое излучение;
2. дневной свет;
3. микроволновое излучение;
4. рентгеновское излучение;
5. инфракрасное излучение.

МИКРОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИЗУЧАЮТ СВОЙСТВА БАКТЕРИЙ:

1. морфо-тинкториальные;
2. культуральные;
3. антигенные;
4. токсигенные;
5. биохимические.

ДЛЯ КАКОГО ТИПА МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ГОТОВЯТ МИКРОПРЕПАРАТЫ, ОКРАШЕННЫЕ ФЛЮОРЕСЦИРУЮЩИМИ КРАСИТЕЛЯМИ

1. фазово-контрастной;
2. темнопольной;
3. электронной;
4. люминесцентной;
5. стандартной световой.

ДОСТОИНСТВА МИКРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. возможность ускоренной диагностики;
2. простота и доступность метода;
3. при некоторых заболеваниях имеет самостоятельное диагностическое значение;
4. позволяет выявить клинически значимое количество условно-патогенных микроорганизмов;
5. все вышеперечисленное.

ПРИНЦИП ДЕЛЕНИЯ НА ПРОСТЫЕ И СЛОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОКРАСКИ

1. морфология бактерий;
2. способ микроскопии;
3. количество используемых красителей;
4. время окраски;
5. способ фиксации.

СЛОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОКРАСКИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ

1. подвижности бактерий;
2. биохимических свойств бактерий;
3. антигенных свойств бактерий;
4. структуры микробной клетки;
5. вирулентности бактерий.

ОКРАСКА ПО МЕТОДУ ГРАМА ВЫЯВЛЯЕТ

1. морфологию бактерий;
2. способ получения энергии;
3. строение цитоплазматической мембраны;
4. наличие ядра;
5. состава и строения клеточной стенки.

КЛЕТОЧНОЙ СТЕНКИ НЕ ИМЕЮТ

1. актиномицеты;
2. микоплазмы;
3. риккетсии;
4. бациллы;
5. хламидии.

КИСЛОТОУСТОЙЧИВЫЕ БАКТЕРИИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ В МАЗКЕ, ОКРАШЕННОМ МЕТОДОМ

1. по Ожешко;
2. по Нейссеру;
3. по Бурри-Гинсу;

4. по Циль-Нильсену;
5. по Леффлеру.

СПОРЫ БАКТЕРИЙ

1. способ размножения;
2. внехромосомные факторы наследственности;
3. покоящиеся репродуктивные клетки;
4. эквивалент ядра у бактерий;
5. образуются в процессе деления клетки.

К СПОРООБРАЗУЮЩИМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. стрептококки;
2. клостридии;
3. нейссерии;
4. сальмонеллы;
5. коринебактерии.

ФОРМУ БАКТЕРИЯМ ПРИДАЕТ

1. клеточная стенка;
2. цитоплазматическая мембрана;
3. капсула;
4. спора;
5. нуклеоид.

СПОРЫ НЕОБХОДИМЫ БАКТЕРИЯМ ДЛЯ

1. синтеза белка;
2. защиты от иммунитета организма;
3. размножения;
4. сохранения во внешней среде;
5. защиты от антибиотиков;

КЛЕТОЧНАЯ СТЕНКА Гр- БАКТЕРИЙ ИМЕЕТ

1. толстый слой пептидогликана, тейхоевые кислоты;
2. тонкий слой пептидогликана, тейхоевые кислоты;
3. толстый слой пептидогликана, липополисахаридный слой;
4. тонкий слой пептидогликана, липополисахаридный слой;
5. отсутствие пептидогликана, липидный слой.

СУБСТРАТКИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ

1. миколовая кислота и углеводы;
2. белки и липиды;
3. углеводы и белки;
4. липиды и миколовая кислота;
5. углеводы и липиды.

ОСНОВНОЙ КРАСИТЕЛЬ ПРИ ОКРАСКЕ ПО ГРАМУ

1. генциановый фиолетовый;
2. фуксин;
3. метиленовый синий;
4. окридиновый оранжевый;
5. бриллиантовый зеленый.

ОСНОВНОЙ КРАСИТЕЛЬ ПРИ ОКРАСКЕ ПО ЦИЛЮ-НИЛЬСЕНУ

1. генциановый фиолетовый;
2. карболовый фуксин Циля;
3. метиленовый синий;
4. окридиновый оранжевый;
5. бриллиантовый зеленый.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА БАКТЕРИЙ

1. характер роста на питательных средах;
2. способность окрашиваться различными красителями;
3. форму клеток и их взаимное расположение;
4. способность синтезировать пигмент;
5. наличие разных антигенов.

МИКОПЛАЗМЫ, L-ФОРМЫ НЕ ИМЕЮТ

1. нуклеоида;
2. рибосом;
3. клеточной стенки;
4. цитоплазматической мембраны;
5. плазмид.

ПО ФОРМЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

1. диплококки, стрептококки, стафилококки
2. бациллы, бактерии
3. палочки, кокки, микоплазмы
4. кокки, палочки, извитые
5. клостридии, бациллы

К ИЗВИТЫМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. микрококки;
2. бациллы;
3. клостридии;
4. спирохеты;
5. сарцины.

К ПАЛОЧКОВИДНЫМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. тетракокки;
2. стрептококки;
3. клостридии;
4. микоплазмы;
5. спириллы.

К ШАРОВИДНЫМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. бациллы;
2. сарцины;
3. бактерии;
4. вибрионы;
5. актиномицеты.

ОБЛИГАТНЫЕ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЕ ПАРАЗИТЫ

1. риккетсии;
2. стрептококки;
3. боррелии;

4. клостридии;
5. стафилококки.

ПРИЗНАКИ ВИРУСОВ

1. размер менее 200 нм, отсутствие автономного питания;
2. размер более 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм;
3. размер менее 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм, один тип нуклеиновой кислоты;
4. размер более 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм, один тип нуклеиновой кислоты, митотическое деление;
5. размер более 200 мкм, автономное питание.

ИЗВИТУЮ ФОРМУ ИМЕЮТ

1. вибрионы;
2. вибрионы и спириллы;
3. вибрионы, спириллы и бациллы;
4. вибрионы, спириллы, бациллы и клостридии;
5. вибрионы, спириллы, бациллы, клостридии и хламидии;

МОРФОЛОГИЯ КЛОСТРИДИЙ

1. палочки без спор;
2. палочки со спорами, диаметр спор не превышает поперечный размер бактерий;
3. палочки со спорами, диаметр спор больше поперечного размера бактерий;
4. палочки с биполярными включениями;
5. извитые формы.

СПОРООБРАЗУЮЩИЕ ПАЛОЧКИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ В ЦЕПОЧКУ

1. стрептококки;
2. сарцины;
3. стафилококки;
4. стрептобациллы;
5. клостридии.

МИКРООРГАНИЗМЫ, НЕ ИМЕЮЩИЕ КЛЕТОЧНОЙ СТЕНКИ

1. стафилококки;
2. вибрионы;
3. спириллы;
4. микоплазмы;
5. риккетсии.

ГР+ БАКТЕРИИ, ОБРАЗУЮЩИЕ ВЕТВЯЩИЕСЯ НИТИ, ГИФЫ

1. вибрионы;
2. микоплазмы;
3. риккетсии;
4. стрептобациллы;
5. актиномицеты.

МИКРООРГАНИЗМЫ, РАЗМНОЖАЮЩИЕСЯ СПОРАМИ

1. грибы;
2. бактерии;
3. простейшие;
4. водоросли;
5. вирусы.

КОККИ, ОБРАЗУЮЩИЕ ДЛИННЫЕ ЦЕПОЧКИ

1. менингококки;
2. стафилококки;
3. стрептококки;
4. гонококки;
5. пневмококки.

ГРУППЫ МИКРООРГАНИЗМОВ ПО ТИПУ ПИТАНИЯ

1. аутотрофы и аэробы;
2. аэробы и мезофилы;
3. мезофилы и гетеротрофы;
4. гетеротрофы и аутотрофы;
5. мезофилы и микроаэрофилы.

ГЕТЕРОТРОФЫ УСВАИВАЮТ

1. углерод из органических, азот из органических соединений;
2. углерод из неорганических, азот из органических соединений;
3. углерод из органических, азот из неорганических соединений;
4. углерод из неорганических, азот из неорганических соединений;

УСЛОВИЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ БАКТЕРИЙ

1. питательная среда;
2. питательная среда, длительность инкубации;
3. питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура;
4. питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура, аэробные или анаэробные условия;
5. питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура, аэробные или анаэробные условия, регуляция атмосферного давления.

ПИТАНИЕ БАКТЕРИЙ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРОСТЕЙШИХ ПО ФАЗЕ

1. синтеза веществ в клетке;
2. экзогенного расщепления питательных веществ;
3. расщепление веществ в клетке;
4. выведения продуктов обмена веществ;
5. депонирования продуктов обмена веществ.

ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ АНАЭРОБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПИТАТЕЛЬНЫЕ СРЕДЫ:

1. среда Плоскирева и Китт-Тароцци;
2. среда Китт-Тароцци и Вильсон-Блера;
3. среда Вильсон-Блера и мясопептонный бульон (МПБ);
4. МПБ и среда Плоскирева;
5. МПБ и среда Китт-Тароцци.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДЫ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ

1. выделения определенного вида микробов;
2. выделения и идентификации разных видов микроорганизмов;
3. выделения облигатных анаэробов;
4. выделения облигатных паразитов;
5. выделения возбудителя заболевания.

СПОСОБ РАЗМНОЖЕНИЯ ПАТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ

1. деление;
2. деление и почкование;
3. деление, почкование и конъюгация;
4. деление, почкование, конъюгация и спорообразование;

5. деление, почкование, конъюгация, спорообразование и дисъюнктивный.

ПО ТИПУ ДЫХАНИЯ МИКРООРГАНИЗМЫ ДЕЛЯТСЯ НА

1. облигатные анаэробы;
2. облигатные анаэробы и факультативные анаэробы;
3. облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы;
4. облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы, микроаэрофилы;
5. облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы, микроаэрофилы и мезофилы.

ЭЛЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДЫ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ

1. выделения определенного вида микробов;
2. выделения и идентификации разных видов микроорганизмов;
3. выделения облигатных анаэробов;
4. выделения облигатных паразитов;
5. выделения возбудителя заболевания.

ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ОБЛИГАТНЫХ ПАРАЗИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. плотные питательные среды;
2. жидкие питательные среды;
3. организм животного;
4. культуры клеток;
5. организм животного и культуры клеток.

КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. определение рода микроба;
2. выделение чистой культуры;
3. определение биохимической активности микробов;
4. определение морфологии микроорганизмов;
5. определение вида возбудителя.

КРИТЕРИИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЧИСТОЙ КУЛЬТУРЫ

1. морфология;
2. морфология, биохимические свойства;
3. морфология, биохимические свойства, АГ структура;
4. морфология, биохимические свойства, АГ структура, антибиотикограмма;
5. морфология, биохимические свойства, АГ структура, антибиотикограмма, фаготипирование.

МИКРООРГАНИЗМЫ ОДНОГО ВИДА, ОТЛИЧАЮЩИЕСЯ ПО БИОЛОГИЧЕСКИМ СВОЙСТВАМ НАЗЫВАЮТСЯ

1. штамм;
2. серовар;
3. биовар;
4. эковар;
5. фаготип.

МИКРООРГАНИЗМЫ ОДНОГО ВИДА, ОТЛИЧАЮЩИЕСЯ ПО АНТИГЕННЫМ СВОЙСТВАМ

1. штамм;
2. серовар;
3. биовар;
4. эковар;
5. фаготип.

МИКРООРГАНИЗМЫ ОДНОГО ВИДА, ОТЛИЧАЮЩИЕСЯ ПОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

1. резистовар;
2. серовар;
3. биовар;
4. эковар;
5. фаговар.

ЧИСТУЮ КУЛЬТУРУ СПОРООБРАЗУЮЩИХ БАКТЕРИЙ МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ ПРИ ОБРАБОТКЕ ИССЛЕДУЕМОГО МАТЕРИАЛА

1. УФЛ;
2. кислотой;
3. высокой температурой;
4. замораживанием;
5. высоким давлением.

ХИМИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ

1. фенолы;
2. фенолы и кислоты;
3. фенолы, кислоты и щелочи;
4. фенолы, кислоты, щелочи и соли тяжелых металлов;
5. фенолы, кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, сульфаниламиды и антибиотики.

МЕТОДЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ

1. фильтрация, автоклавирование;
2. фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф;
3. фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф, пастеризация;
4. фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф, γ -излучение;
5. фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф, УФЛ, γ -излучение, пастеризация.

Основные методы стерилизации металлического инструментария

1. кипячение;
2. паровая стерилизация;
3. ультразвуковая стерилизация;
4. сухожаровая стерилизация;
5. фильтрация.

В автоклаве можно стерилизовать

1. перевязочный материал;
2. питательные среды;
3. пластиковые шприцы;
4. растворы;
5. верно «1», «2» и «4».

Метод стерилизации материалов, не выдерживающих высоких температур (80-100°C)

1. тиндализация;
2. сухим жаром;
3. дробная стерилизация;
4. автоклавирование;
5. верно «1» и «3».

Цель создания повышенного давления в автоклаве

1. повышение температуры кипения воды;
2. губительное действие на споры;
3. понижение температуры кипения воды;
4. губительное действие только на вегетативные формы микроорганизмов;

5. верно «1» и «2».

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА МИКРООРГАНИЗМЫ

1. бактериостатическое;
2. бактериостатическое и бактерицидное;
3. бактериостатическое, бактерицидное и бактериолитическое;
4. бактериостатическое, бактерицидное, бактериолитическое и изменение свойств;
5. бактериостатическое, бактерицидное, бактериолитическое, изменение свойств и индифферентное.

ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ РАСТВОРОВ БЕЛКОВ, АНТИБИОТИКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. тиндализацию и сухожаровую стерилизацию;
2. сухожаровую стерилизацию и УФЛ;
3. УФЛ и фильтрование;
4. фильтрование и тиндализацию;
5. верно «2» и «4».

Стерилизовать объект позволяют следующие методы

1. γ -облучение;
2. автоклавирование (120°C);
3. сухой жар;
4. пастеризация;
5. верно «1», «2» и «3».

методы Контроля качества стерилизации

1. молекулярно-биологический;
2. биологический;
3. физический;
4. химический;
5. верно «2», «3» и «4».

Основные группы дезинфектантов

1. альдегиды, спирты;
2. белки, амины;
3. галоидсодержащие вещества;
4. поверхностно-активные вещества;
5. верно «1», «3» и «4».

УНИЧТОЖЕНИЕ ПАТОГЕННЫХ МИКРОБОВ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ ВО ВНЕШНЕЙ СРЕДЕ

1. дезинфекция;
2. антисептика;
3. химиотерапия;
4. иммунотерапия;
5. верно «1» и «2».

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ПОПАДАНИЮ МИКРООРГАНИЗМОВ В РАНУ ИЛИ СТЕРИЛЬНЫЙ ОБЪЕКТ

1. дезинфекция;
2. асептика;
3. антисептика;
4. химиотерапия;
5. иммунотерапия.

УНИЧТОЖЕНИЕ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ НА ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА И В РАНЕ

1. дезинфекция;
2. асептика;
3. антисептика;
4. химиотерапия;
5. иммунотерапия.

ПРИЧИНА КОСВЕННОГО ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ АНТИБИОТИКОВ

1. аллергические реакции;
2. бактериолиз под влиянием больших доз антибиотиков;
3. иммунодепрессивное действие;
4. особенности химического строения, метаболизма, элиминации АБ;
5. дисбактериоз.

При оценке чувствительности к антибиотику *invitro* диско-диффузионным способом определяют

1. интенсивность роста культуры;
2. продукцию пигмента;
3. диаметр зоны подавления роста;
4. генетические маркеры резистентности;
5. верно «в» и «г».

Природная устойчивость микробов к антибиотикам и химиопрепаратам может быть обусловлена

1. отсутствием «мишени» для действия препарата;
2. переносом г-генов хромосомы;
3. наличием инактивирующих ферментов;
4. мутациями в генах хромосомы;
5. верно «б» и «в».

Приобретенная устойчивость микробов к действию антибиотиков может быть обусловлена

1. отсутствием «мишени» для действия препарата;
2. мутациями, изменяющими «мишень» действия антибиотика;
3. переносом г-генов хромосомы;
4. передачей R-плазмиды;
5. верно «б», «в» и «г».

Бактерицидные антибиотики

1. тетрациклины;
2. пенициллины;
3. полипептиды;
4. цефалоспорины;
5. верно «б», «в» и «г».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ЦЕФАЛОСПОРИНА

1. нарушение синтеза белка;
2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. дезорганизация ЦПМ;
4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. верно «б» и «в».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ТЕТРАЦИКЛИНА

1. нарушение синтеза белка;
2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. дезорганизация ЦПМ;
4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;

5. верно «в» и «г».

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИБИОТИКАМИ:

1. токсическое действие;
2. токсическое действие и аллергические реакции;
3. токсическое действие, аллергические реакции и дисбиоз;
4. токсическое действие, аллергические реакции, дисбиоз и иммунодепрессивное действие;
5. токсическое действие, аллергические реакции и иммунодепрессивное действие;

При оценке чувствительности к антибиотику *in vitro* способом серийных разведений в жидкой среде определяют

1. интенсивность роста культуры;
2. продукцию пигмента;
3. диаметр зоны подавления роста;
4. генетические маркеры резистентности;
5. верно «в» и «г».

Природная устойчивость микробов к антибиотикам и химиопрепаратам

1. наследуемый признак;
2. признак, формирующийся под влиянием антибиотика;
3. признак, обусловленный модификационной изменчивостью;
4. признак, возникающий вследствие передачи плазмиды;
5. верно «б» и «г».

Назовите генетические механизмы приобретенной резистентности микробов к антибиотикам

1. мутации в генах;
2. наличие R-плазмид;
3. перенос г-генов хромосомы и плазмиды;
4. природное отсутствие точки приложения действия антибиотика;
5. верно «а», «б» и «в».

Бактериостатические антибиотики

1. хлорамфениколы;
2. тетрациклины;
3. аминогликозиды;
4. монобактамы;
5. верно «а» и «б».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИЕНОВЫХ АНТИБИОТИКОВ

1. нарушение синтеза белка;
2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. дезорганизация ЦПМ;
4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. верно «в» и «г».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ПЕНИЦИЛЛИНА

1. нарушение синтеза белка;
2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. дезорганизация ЦПМ;
4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. верно «а» и «б».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИМИКСИНОВ

1. нарушение синтеза белка;
2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. дезорганизация ЦПМ;
4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. верно «а» и «г».

ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС – ЭТО:

1. распространение инфекционных болезней среди животных;
2. наличие возбудителей в окружающей среде;
3. взаимодействие микро- и макроорганизма;
4. зараженность инфекционными агентами переносчиков;
5. распространение болезней среди людей.

ИНФЕКЦИИ РАЗДЕЛЯЮТ НА АНТРОПОНОЗЫ, ЗООНОЗЫ И САПРОНОЗЫ ПО:

1. механизму передачи;
2. источнику инфекции;
3. резервуару инфекции;
4. месту входных ворот;
5. верно всё.

МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЗАВИСИТ ОТ:

1. устойчивости возбудителя во внешней среде;
2. локализации возбудителя в организме источника инфекции;
3. патогенности возбудителя;
4. вирулентности возбудителя;
5. верно всё.

ФАКТОРЫ ИММУНОДЕПРЕССИИ У МИКРОБОВ

1. R-плазида и антилизозимная активность;
2. антилизозимная активность и антиинтерфероновая активность;
3. антиинтерфероновая активность и Col-плазида;
4. R-плазида и Col-плазида;
5. верно всё.

ВИРУЛЕНТНОСТЬ - МЕРА

1. иммуногенности
2. патогенности
3. персистенности
4. специфичности
5. верно всё.

ИЗБИРАТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА МАКРООРГАНИЗМ ОБЛАДАЕТ

1. экзотоксин;
2. эндотоксин;
3. ЛЖК;
4. бактериоцины;
5. верно всё.

ГЕМОЛИЗИН -

1. эндотоксин;
2. фермент агрессии;
3. экзотоксин;
4. фермент защиты;

5. верно всё.

ФЕРМЕНТ ЗАЩИТЫ -

1. коллагеназа;
2. фибринолизин;
3. плазмокоагулаза;
4. лецитовителлаза;
5. верно всё.

ЭНДОТОКСИН -

1. неспецифичен;
2. неспецифичен и термостабилен;
3. неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки;
4. неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки, освобождается при разрушении клетки;
5. неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки, освобождается при разрушении клеток преимущественно споробразующих микроорганизмов.

DLM - ЕДИНИЦА ИЗМЕРЕНИЯ

1. лизогении
2. вирулентности
3. антибиотикочувствительности
4. персистенции
5. бактериоциногении

ФАКТОР МИКРОБНОГО АНТАГОНИЗМА:

1. гиалуронидаза;
2. плазмокоагулаза;
3. лизоцим;
4. гемолизин;
5. эндотоксин.

НА ЭТАПЕ КОЛОНИЗАЦИИ МИКРООРГАНИЗМОВ УЧАСТВУЮТ

1. адгезины;
2. адгезины и бактериоцины;
3. адгезины, бактериоцины и нейрамнидаза;
4. адгезины, бактериоцины, нейрамнидаза и экзопроотеазы;
5. адгезины, бактериоцины, нейрамнидаза, экзопроотеазы и нуклеиновые кислоты.

ПЕРСИСТЕНЦИЯ:

1. длительное выживание микроба в организме человека;
2. длительное выживание микроба в окружающей среде;
3. длительное выживание микроба в элективной среде;
4. длительное выживание микроба в крио-среде;
5. верно всё.

ЛИПОПОЛИСАХАРИД БАКТЕРИЙ ИГРАЕТ РОЛЬ

1. информационной макромолекулы
2. эндотоксина и O-антигена
3. регулятора синтеза пептидогликана
4. в патогенезе токсинемических инфекций
5. биоэнергетического источника

ФАКТОРЫ ПЕРСИСТЕНЦИИ – АНТИЛИЗОЦИМНАЯ АКТИВНОСТЬ, АНТИИНТЕРФЕРОНОВАЯ АКТИВНОСТЬ, АНТИКОМПЛЕМЕНТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ

1. секретируемые;
2. экранирующие;
3. связаны с дефектом клеточной стенки микробов;
4. генетически детерминированы в плазмиде;
5. верно 1,4.

АНТРОПОНОЗЫ

1. восприимчив человек, восприимчивы животные;
2. восприимчив человек, не восприимчивы животные;
3. не восприимчив человек, восприимчивы животные;
4. не восприимчив человек, не восприимчивы животные;
5. всё неверно.

СЕПТИКОПИЕМИЯ

1. размножение микробов в крови, гнойные очаги в органах;
2. размножение микробов в крови, без гнойных очагов в органах;
3. отсутствие размножения микробов в крови, гнойные очаги в органах;
4. отсутствие размножения микробов в крови, отсутствие гнойных очагов в органах;
5. всё неверно.

БАКТЕРИЕМИЯ

1. размножение микробов в тканях;
2. размножение микробов в тканях и проникновение в кровь;
3. размножение микробов в тканях, проникновение их в кровь и размножение микробов в крови;
4. размножение микробов в тканях, проникновение их в кровь и размножение микробов в крови и формирование гнойных очагов;
5. всё неверно.

ВЫХОД ТОКСИНОВ В КРОВЬ

1. бактериемия;
2. септицемия;
3. септикопиемия;
4. токсинемия;
5. всё неверно.

СУПЕРИНФЕКЦИЯ

1. повторное заражение тем же видом микробов после выздоровления;
2. повторное заражение тем же видом микробов до окончания основного заболевания;
3. заражение другим видом микробов после выздоровления;
4. заражение другим видом микробов до окончания основного заболевания;
5. всё неверно.

ПРИ ЛАТЕНТНОЙ ИНФЕКЦИИ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

1. есть внутриклеточный паразитизм, есть выделение возбудителя во внешнюю среду;
2. нет внутриклеточного паразитизма, есть выделение возбудителя во внешнюю среду;
3. есть внутриклеточный паразитизм, нет выделения возбудителя во внешнюю среду;
4. нет внутриклеточного паразитизма, нет выделения возбудителя во внешнюю среду;
5. всё неверно.

ВОСПРИИМЧИВОСТЬ

1. видовой признак, передаётся по наследству;
2. индивидуальный признак, не передаётся по наследству;
3. видовой признак, не передаётся по наследству;
4. индивидуальный признак, передаётся по наследству;

5. всё неверно.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕСТЕСТВЕННУЮ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

1. эндокринный статус;
2. иммуногенетический статус;
3. возраст;
4. физическая нагрузка;
5. всё верно.

К ФАКТОРАМ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОТНОСЯТСЯ:

1. интерфероны;
2. естественные киллеры (NK-клетки);
3. макрофаги;
4. система-комплемента;
5. всё верно.

ГУМОРАЛЬНЫЕ И КЛЕТЧНЫЕ ФАКТОРЫ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

1. лизоцим;
2. лизоцим и комплемент;
3. лизоцим, комплемент и бета-лизины;
4. лизоцим, комплемент, бета-лизины и нейтрофилы;
5. лизоцим, комплемент, бета-лизины, нейтрофилы и макрофаги.

КИСЛОРОДОЗАВИСИМЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФАГОЦИТОЗА

1. лактоферрин, лизоцим, протеазы, фосфолипазы;
2. лактоферрин, лизоцим, H_2O_2 , NO, синглетный кислород;
3. лизоцим, H_2O_2 , NO, синглетный кислород, НОС1;
4. H_2O_2 , оксид азота, кислородные радикалы, НОС1;
5. всё неверно.

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ АНТИМИКРОБНЫЕ ФАКТОРЫ

1. лизоцим, дефенсины;
2. дефенсины, ТКБ;
3. ТКБ, система комплимента;
4. система комплимента, БОФ;
5. всё неверно.

ФАГОЦИТОЗ РЕАЛИЗУЕТСЯ КЛЕТКАМИ

1. макрофаги, нейтрофилы;
2. нейтрофилы, Т-лимфоциты;
3. Т-лимфоциты, В-лимфоциты;
4. В-лимфоциты, макрофаги;
5. всё неверно.

НАИБОЛЕЕ ВЫГОДНЫЙ ДЛЯ МИКРОБА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. выздоровление;
2. смерть;
3. бактерионосительство;
4. верно 2,3;
5. всё неверно.

НОРМАЛЬНАЯ МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА УЧАСТВУЕТ В

1. переваривании пищи;
2. переваривании пищи и стимуляции иммуногенеза;
3. переваривании пищи, стимуляции иммуногенеза и синтезе витаминов;
4. переваривании пищи, стимуляции иммуногенеза, синтезе витаминов и секреторных иммуноглобулинов;
5. переваривании пищи, стимуляции иммуногенеза, синтезе витаминов и секреторных иммуноглобулинов, развитии эндогенной инфекции.

СООТНОШЕНИЕ АНАЭРОБЫ/АЭРОБЫ В МИКРОФЛОРЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 1/1;
2. 10/1;
3. 1000/1;
4. 1/100;
5. 100/1.

ЧИСЛЕННО ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ БАКТЕРИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА

1. лактобациллы;
2. энтерококки;
3. бациллы;
4. бактериоиды, бифидобактерии;
5. кишечная палочка.

МЕХАНИЗМЫ КОЛОНИЗАЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

1. секреторный иммуноглобулин;
2. лизоцим и другие катионные белки;
3. дефенсины и другие катионные пептиды;
4. лактоферрин;
5. верно «1», «2», «3» и «4».

ФАКТОРЫ МИКРОФЛОРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КОЛОНИЗАЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

1. органические кислоты;
2. летучие жирные кислоты;
3. бактериоцины и микроцины;
4. перекись водорода;
5. верно «1», «2», «3» и «4».

ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИСБИОЗОВ

1. микроскопический;
2. бактериологический;
3. биологический;
4. серологический;
5. аллергический.

ОСНОВНОЙ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА

1. количество бактериоидов;
2. культуральные свойства кишечной палочки;
3. наличие условно-патогенных бактерий;
4. количество бифидобактерий;
5. количество лактобацилл.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСБИОЗОВ

1. пробиотики;
2. синбиотики;
3. фитопрепараты;
4. иммуномодуляторы;

5. верно «1», «2», «3» и «4».

К ГРУППЕ ПРОБИОТИКОВ ОТНОСИТСЯ

1. протейный бактериофаг;
2. инулин;
3. колибактерин;
4. антистафилококковая гипериммунная плазма;
5. клебсиеллезный бактериофаг.

ОСНОВУ ПРОБИОТИКОВ СОСТАВЛЯЮТ МИКРООРГАНИЗМЫ РОДОВ

1. Bifidobacterium;
2. Lactobacillus;
3. Enterococcus;
4. Bacillus;
5. верно «1», «2», «3» и «4».

К ГРУППЕ ПРЕБИОТИКОВ ОТНОСИТСЯ

1. лактобактерин;
2. бифидумбактерин;
3. олигофруктоза;
4. споробактерин;
5. синегнойный бактериофаг.

Форма контроля – устный опрос

Список вопросов:

1. Основные типы биологического окисления субстрата бактериями.
2. Элективные питательные среды. Цель применения. Примеры.
3. Классификация микроорганизмов по типам питания.
4. Фазы размножения бактериальной популяции.
5. Генотипическая изменчивость у бактерий: рекомбинации и мутации. Роль в эволюции микроорганизмов.
6. Правила заполнения бланка направления на бактериологическое исследование.
7. Ферменты микроорганизмов. Практическое использование биохимической активности микроорганизмов.
8. Популяционный анализ, практическое применение.
9. Организация генетического аппарата у бактерий. Гено- и фенотип.
10. Способы размножения патогенных микроорганизмов.
11. Плазмиды бактерий, их роль в биологии и медицине.
12. Методы выделения чистых культур микроорганизмов.
13. Отличие облигатных и факультативных паразитов. Примеры питательных сред для разных групп.
14. Цели и методы генной инженерии. Практическое использование генной инженерии в медицинской микробиологии, вирусологии, иммунологии и биотехнологии.
15. Питательные среды для бактерий. Их классификация. Назначение.
16. Методы молекулярной гибридизации (ПЦР).
17. Этапы бактериологического метода лабораторной диагностики инфекционных заболеваний, их характеристика.
18. Механизм питания бактерий.
19. Способы создания условий для культивирования анаэробов.
20. Дифференциально-диагностические питательные среды. Цель применения. Примеры.
21. Генетика микроорганизмов, ее задачи, значение для медицины.
22. Чистая культура бактерий и методы ее выделения.
23. Морфология и структура бактериофагов.
24. Правила забора и доставки исследуемого материала для бактериологического исследования.
25. Особенности физиологии вирулентного и умеренного бактериофагов.
26. Питательные среды для культивирования анаэробов.
27. Бактериологический метод диагностики. Цель, задачи. Методика проведения. Диагностическая ценность.
28. Применение в медицине вирулентного и умеренного бактериофагов.
29. Методы молекулярной гибридизации (ДНК-зонд).
30. Фаготипирование. Цель. Методика проведения.
31. Определение понятий: «инфекция», «инфекционный процесс», «инфекционное заболевание».
32. Движущие силы инфекционного процесса.
33. Роль микроба в инфекционном процессе. Патогенность и вирулентность. Факторы колонизации, вирулентности и персистенции.
34. Роль внешней среды как движущей силы инфекционного процесса.
35. Формы инфекционного процесса по происхождению, по числу возбудителей.
36. Роль макроорганизма в инфекционном процессе (понятие о восприимчивости, инфекционной чувствительности)
37. Причины и условия, влияющие на восприимчивость и инфекционную чувствительность макроорганизма.
38. Факторы естественной резистентности организма человека.
39. Влияние внешней среды на устойчивость макроорганизма к действию патогенных микробов.
40. Роль социальных факторов в возникновении и развитии инфекционного процесса.
41. Этапы в развитии инфекционного заболевания.
42. Пути распространения микробов и токсинов в организме.
43. Формы инфекционного процесса по длительности и по выраженности клинических проявлений.
44. Экспериментальная инфекция и ее значение в научных исследованиях и практической медицине. Биологический метод диагностики (биологическая проба).
45. Иммунитет. Определение понятия.
46. Виды иммунитета по происхождению и условиям формирования.
47. Антигены. Определение. Свойства. Химическая природа. Материальная основа специфичности.
48. Антигенная структура бактериальной клетки. Виды антигенов по специфичности. Значение для практической медицины.
49. Серологическая диагностика инфекционных заболеваний.
50. Реакция агглютинации. Механизм, практическое использование.
51. Реакция преципитации, ингредиенты. Механизм. Практическое использование.
52. Диагностические препараты: виды, определение, получение, применение.
53. Антитела. Классы иммуноглобулинов, их определение.
54. Современные модификации реакции агглютинации: РНГА, РКОА. Механизм, практическое использование.
55. Препараты для специфической профилактики и лечения инфекционных заболеваний.

Форма контроля – проверка практических навыков

Список практических навыков:

1. Стафилококк (окраска по Граму).
2. Кишечная палочка (окраска по Граму).
3. Стрептобацилла (окраска по Граму).
4. Гонококк в гное (окраска метиленовым синим).
5. Туберкулезные палочки в мокроте (окраска по Циль-Нильсену).
6. Палочка со спорой (окраска по Граму).
7. Дифтерийные палочки с зернами волютинина (окраска метиленовым синим)
8. Палочка с капсулой (окраска фуксином).
9. Вирус натуральной оспы (импрегнация серебром).
10. Палочка со жгутиками (импрегнация серебром).

11. Плазмолиз дрожжей (окраска по Бурри-Гинсу).
12. Смесь грамположительных и грамотрицательных бактерий (окраска по Граму).
13. Среда Эндо с ростом ЛАК+ и ЛАК –
14. ЖСА с ростом ЛВ+ и ЛВ-
15. Сокультивирование
16. Среда Китта-Тароцци
17. Среда Вильсона-Блер
18. Среда СКС
19. Чашка с рассевом колоний
20. Стафитест, энтеротест
21. Чашка с фаготипированием
22. Бактериофаги в ампулах и флаконах
23. Реакция преципитации в агаре для определения токсигенности дифтерийных палочек.
24. Реакция связывания комплемента.
25. Реакция Видаля.
26. Набор диагностических препаратов (диагностикумы, иммунные сыворотки, аллергены, бактериофаги).
27. Набор специфических, профилактических и лечебных препаратов (вакцины, сыворотки, бактериофаги, эубиотики).
28. Реакция непрямой (пассивной) геммагглютинации (РНГА).

Модуль 2 Клиническая микробиология

Форма контроля – тестирование

ОСОБЕННОСТЬ МЕТОДА ВЫДЕЛЕНИЯ ЧИСТОЙ КУЛЬТУРЫ АНАЭРОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

1. посева исследуемого материала в конденсат;
2. обработки исследуемого материала кислотой;
3. предварительном прогревании исследуемого материала до 90-100°C;
4. заражении экспериментального животного;
5. создании анаэробных условий.

ФИЗИЧЕСКИЙ МЕТОД СОЗДАНИЯ АНАЭРОБНЫХ УСЛОВИЙ

1. с помощью анаэростата;
2. с помощью эксикатора и адсорбентов кислорода;
3. сокультивирование аэробов с анаэробами;
4. специальные среды для анаэробов;
5. все перечисленные методы.

ХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД СОЗДАНИЯ АНАЭРОБНЫХ УСЛОВИЙ

1. с помощью анаэростата;
2. с помощью эксикатора и адсорбентов кислорода;
3. сокультивирование аэробов с анаэробами;
4. специальные среды для анаэробов;
5. все перечисленные методы.

БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД СОЗДАНИЯ АНАЭРОБНЫХ УСЛОВИЙ

1. с помощью анаэростата;
2. с помощью эксикатора и адсорбентов кислорода;
3. сокультивирование аэробов с анаэробами;
4. специальные среды для анаэробов;
5. все перечисленные методы.

ВОЗБУДИТЕЛЕМ СТОЛБНЯКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. *Francisella tularensis*;
2. *Clostridium perfringens*;
3. *Clostridium botulinum*;
4. *Yersinia pestis*;
5. *Clostridium tetani*.

ВОЗБУДИТЕЛЬ ГАЗОВОЙ АНГРЕНЬПОМОРФОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Гр+палочки;
2. Гр+стрептобацилла;
3. Гр+спорообразующая палочка;
4. Гр-кокки;
5. Гр-палочки.

УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ГАЗОВОЙ ИНФЕКЦИИ

1. мертвая ткань;
2. мертвая ткань и анаэробные условия;
3. мертвая ткань, анаэробные условия и ассоциация между возбудителями газовой инфекции;
4. мертвая ткань, анаэробные условия, ассоциация между возбудителями газовой инфекции и с аэробами;
5. мертвая ткань, анаэробные условия, ассоциация между возбудителями газовой инфекции, с аэробами и состояние макроорганизма (сдавление тканей, кровопотеря, шок и т.д.).

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГАЗОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ

1. входные ворота инфекции;
2. входные ворота инфекции и близлежащие ткани;
3. входные ворота инфекции, близлежащие ткани и кровь;
4. кровь, спинномозговая жидкость;
5. входные ворота инфекции, паренхиматозные органы.

ЦЕЛЬ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АНАЭРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ – ОБНАРУЖЕНИЕ

1. возбудителя и специфических изменений в организме;
2. специфических изменений и эндотоксина;
3. эндотоксина и экзотоксина;
4. экзотоксина и возбудителя;
5. возбудителя.

ЦЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПРИ АНАЭРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

1. обнаружение возбудителя и экзотоксина;
2. обнаружение экзотоксина и определение типа экзотоксина;
3. определение типа экзотоксина и фаготипа выделенной чистой культуры;
4. определение фаготипа выделенной чистой культуры и обнаружение возбудителя;
5. выделение чистой культуры микроорганизмов.

АКТИВНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОЛБНЯКА ПРОВОДИТСЯ

1. анатоксином;
2. антитоксической сывороткой;
3. антраксином;
4. антифагином;
5. бактериофагом.

ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ПАТОГЕННЫМИ КЛОСТРИДИЯМИ, ИСПОЛЬЗУЮТ

1. анатоксин;
2. антитоксические сыворотки и иммуноглобулины;
3. антимикробные сыворотки и иммуноглобулины;
4. антибиотики;
5. не разработана.

ОСНОВОЙ ЦЕЛЬЮ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. определение специфических антител;
2. выделение чистой культуры;
3. выявление сенсibilизации организма;
4. определение ботулотоксинов в исследуемом материале;
5. обнаружение характерных палочек в исследуемом материале.

ОСНОВОЙ фактор патогенности возбудителя ботулизма

1. жгутики;
2. эндотоксин;
3. экзотоксин;
4. капсула;
5. протеолитические ферменты.

ОДИН ВИД БАКТЕРИЙ УГНЕТАЕТ РАЗВИТИЕ ДРУГОГО

1. антагонизм;
2. синергизм;
3. индифферентное сосуществование;
4. паразитизм;
5. верно «1» и «4».

КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОГО МИКРООРГАНИЗМА КАК ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

1. ПМО=10³ КОЕ/мл, нарастание титра антител к аутоштамму;
2. ПМО=10³ КОЕ/мл, отсутствие нарастание титра антител к аутоштамму;
3. ПМО=10⁴ КОЕ/мл, отсутствие нарастание титра антител к аутоштамму;
4. ПМО=10⁵ КОЕ/мл, нарастание титра антител к аутоштамму;
5. ПМО=10² КОЕ/мл, нарастание титра антител к аутоштамму.

СМЕШАННЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. возникают на фоне существующего заболевания;
2. характеризуются удлиненным инкубационным периодом;
3. формируются из первичного очага инфекции, подвергшегося неадекватному лечению антибиотиками;
4. характеризуются одновременным заражением несколькими микроорганизмами.
5. верно «1» и «3»

РОД GR+ ФАКУЛЬТАТИВНО-АНАЭРОБНЫХ КОККОВ - ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. *Anaerococcus*;
2. *Neisseria*;
3. *Staphylococcus*;
4. *Peptococcus*;
5. верно «а» и «г».

МЕТОДЫ, ИСПОЛЪЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ БАКТЕРИЯМИ

1. бактериологический и серологический;
2. серологический и биопроба;
3. микроскопический и биопроба;
4. аллергический и биопроба;
5. микроскопический и серологический;

ФАКТОРЫ ВИРУЛЕНТНОСТИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ

1. адгезины;
2. гемолизин;
3. коллагеназа;
4. плазмокоагулаза;
5. верно «2», «3» и «4».

КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОГО МИКРООРГАНИЗМА КАК ВОЗБУДИТЕЛЯ ОПОРТУНИСТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

1. ПМО=10² КОЕ/мл, отсутствие антилизозимной активности;
2. ПМО=10³ КОЕ/мл, отсутствие антилизозимной активности;
3. ПМО=10⁵ КОЕ/мл, наличие антилизозимной активности;
4. ПМО=10⁴ КОЕ/мл, отсутствие антилизозимной активности;
5. ПМО=10³ КОЕ/мл, наличие антилизозимной активности;

ВОЗБУДИТЕЛИ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ – GR- ФАКУЛЬТАТИВНО-АНАЭРОБНЫЕ ПАЛОЧКИ (РОД)

1. *Klebsiella*;
2. *Bacteroides*;
3. *Corynebacterium*;
4. *Bacillus*;
5. *Clostridium*.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ТИПИРОВАНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВКЛЮЧАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. биотипа
2. биотипа и серотипа
3. биотипа, серотипа и фаготипа
4. биотипа, серотипа, фаготипа и антибиотикограммы
5. биотипа, серотипа, фаготипа, антибиотикограммы и генного профиля

ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

1. пищевой;
2. пищевой, контактно-бытовой;
3. пищевой, контактно-бытовой, аэрогенный;
4. пищевой, контактно-бытовой, аэрогенный, артифициальный;
5. пищевой, контактно-бытовой, аэрогенный, артифициальный, трансмиссивный.

ОСНОВНОЙ МЕТОД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВБИ

1. серологический;
2. биологический;
3. актериологический;
4. микроскопический;
5. аллергический.

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИСТОЧНИКА ВБИ ПРОВОДЯТ

1. реакцию фаготипирования возбудителя
2. обнаружение специфических антител у больного
3. определение вирулентности возбудителя
4. определение специфических антител у медперсонала
5. определение вида возбудителя

ВЫБЕРИТЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТАФИЛОКОККОВОГО НАГНОЕНИЯ РАНЫ

1. пенициллин
2. стафилококковый бактериофаг
3. фурациллин
4. стафилококковый анатоксин
5. антистафилококковый гамма-глобулин

ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ ВКЛЮЧАЕТ

1. множественную антибиотикорезистентность
2. множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ
3. множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ, устойчивость к дезинфектантам
4. множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ, устойчивость к дезинфектантам, устойчивость к антисептикам
5. множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ, устойчивость к дезинфектантам, устойчивость к антисептикам, малую инфицирующую дозу

Форма контроля – решение проблемно-ситуационных задач.

Задача 1

Общее количество колоний в 1 м³ воздуха операционной, подготовленной к работе равно 50.

Задание.

1. Дайте обоснованный ответ о состоянии бактериальной обсемененности воздуха в этом помещении.
2. Приведите соответствующие нормы

Задача 2

Дежурный врач, принимая обратившихся к нему больных, выявил, что больные жаловались на нарушение зрения, туман в глазах, расстройство аккомодации, нарушение акта глотания. Обратившиеся - члены одной семьи питаются дома. Заболевание протекало при нормальной температуре. Пострадавшие на ужин ели котлеты, отварной картофель и консервированные огурцы.

Задание

1. К какой группе относится данное заболевание?
2. Какие симптомы подтверждают диагноз?
3. Выявите подозреваемый продукт.

Задача 3

Расследуеть случай пищевого отравления, врач производит выемку проб для лабораторного исследования.

Задание

1. Какие лабораторные анализы проводятся для выделения возбудителя и серологических исследований?
2. Какие материалы отбираются для лабораторного исследования?

Задача 4

Две студентки МУ проходили УПП в ГИКБ №1. Студентка Сидорова Е., в основном, работала в процедурном кабинете, а студентка - Иванова Р. - в палатах (осуществляла сестринский уход за больным гепатитом). Через две недели после прохождения УПП Иванова Р. почувствовала недомогание, а через 3 дня стала темнеть моча (напоминать цвет пива). Через 4 месяца такие же симптомы заболевания появились у Сидоровой Е., что характерно для больных инфекционным гепатитом.

Задания:

1. Назовите микробы, чаще всего вызывающие инфекционные гепатиты?
2. Какими характерными свойствами обладают возбудители таких гепатитов?
3. Наиболее известные возбудители этих инфекционных гепатитов?
4. Какие механизмы передачи характерны для разных видов возбудителей?
5. Как называется скрытый период болезни? Какова его продолжительность у данных больных?

Задача 5

Двое работниц из числа обслуживающего персонала ГИКБ №1 - Евсеева В. и Астафьева Н. заболели инфекционным гепатитом. Было известно, что Евсеева В. (по совместительству) постоянно проводила уборку в санузлах, а Астафьева Н. осуществляла предстерилизационную очистку материала, часто загрязненного биологическими жидкостями от больных, в том числе и кровью.

Задания:

1. Учитывая разные условия работы, какими видами гепатита могли вероятнее всего, заразиться Евсеева В. и Астафьева Н.?
2. Что могло способствовать заражению работниц?
3. Какие пути заражения для каждого из случаев наиболее вероятны?
4. Какие вирусы гепатита передаются парентеральным и половым путями?
5. Как необходимо дезинфицировать руки при попадании на них крови или любого другого биологического материала от больных?

Задача 6

В родильный дом №28 поступила беременная женщина, которая в прошлом переболела гепатитом «В». При серологическом исследовании антигены вирусов гепатитов не были выявлены.

Задания:

1. Передается ли гепатит «В» ребенку во время беременности, если да, то каким путем, если нет, то в каких случаях?
2. Какой механизм является основным при передаче гепатита «В»?
3. Что служит исследуемым материалом и какова микробиологическая диагностика гепатита «В»?
4. Каков патогенез гепатита «В», возможен ли благоприятный исход после перенесенного заболевания?
5. Проводится ли специфическая профилактика гепатита «В», если да, то чем? Поясните ответ.

Задача 7

Предметом изучения микробиологии являются микробы, невидимые невооруженным глазом. Они встречаются повсюду, среди них есть полезные и вредные для организма человека.

Задания:

1. Каковы основные задачи медицинской микробиологии?
2. Фактором передачи каких возбудителей инфекционных заболеваний являются вода, воздух и почва?
3. Назовите санитарно-показательные микроорганизмы воды, воздуха, в смывах с рук и объектов внешней среды?
4. Чем и как брать смывы с рук? На какую среду и как провести посев смыва с рук?
5. Какие дезинфектанты применяются для дезинфекции рук?

Задача 8

В детскую инфекционную больницу поступил больной ребенок 7 лет, которому врач на основании клинических симптомов поставил диагноз: «Эпидемический цереброспинальный менингит».

Задания:

1. Назовите возбудителя названного заболевания, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. Эпидемиология менингита: источник инфекции, входные ворота, механизм, факторы и пути передачи инфекции?
3. Какой материал следует брать у больного и кто должен осуществлять его взятие?
4. Основные методы микробиологического исследования?
5. Проводится ли специфическая профилактика названного заболевания?

Задача 9

Двое сотрудников отправились на рыбалку. А так как питьевой воды захватили мало, то использовали воду из открытого водоема, причем один из них пил некипяченую воду. Через две недели он заболел, температура тела поднялась до 39⁰ С. Больной был госпитализирован с диагнозом «Брюшной тиф».

Задания:

1. Назовите род возбудителя брюшного тифа?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя, образует ли он споры и выделяет ли экзотоксин?
3. Эпидемиология брюшного тифа: источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции?
4. Каким путем заразился указанный больной и почему?
5. Проводится ли специфическая профилактика и терапия брюшного тифа?

Задача 10

В клинику инфекционных болезней поступил больной с симптомами диареи (жидкий стул со слизью и прожилками крови). На основании клинических данных и характерного вида испражнений был поставлен диагноз: «Дизентерия».

Задания:

1. Назовите род возбудителей дизентерии и основные виды?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителей дизентерии?
3. Назовите характер исследуемого материала и основной метод микробиологической диагностики дизентерии? В чем его сущность? Как собрать материал на исследование?
4. Эпидемиология дизентерии: источник инфекции, механизмы, факторы и пути передачи инфекции?
5. Специфическая профилактика и терапия дизентерии?

Задача 11

В инфекционную клинику поступил больной ребенок 3 лет из детского сада № 18 с клиническими проявлениями диареи, где было зарегистрировано несколько случаев заболевания колиэнтеритом.

Задания:

1. Назовите род и виды возбудителей колиэнтерита, их морфологические и тинкториальные свойства?
2. Эпидемиология: источник заболевания, механизм, факторы, пути передачи инфекции?
3. Что такое входные ворота инфекции и что послужило входными воротами инфекции в данном случае?
4. Что служит исследуемым материалом при колиэнтерите и как его собирают? Требования к транспортировке и доставке исследуемого материала в лабораторию?
5. Какой метод применяют для определения чувствительности бактерий к антибиотикам, и в чем его суть?

Задача 12

При проф. осмотре в школе № 243 на флюорографии обнаружены очаги затемнения в верхушке правого легкого у школьника В, который был направлен в тубдиспансер для обследования.

Задания:

1. Назовите род и вид основного возбудителя туберкулеза у человека, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. В чем особенность химического состава туберкулезной палочки и как их установить?
3. Какой метод окраски применяется для выделения туберкулезной палочки? В какой цвет окрашиваются туберкулезные палочки и остальная флора?
4. Что служит исследуемым материалом при туберкулезе, в зависимости от формы заболевания, требования к транспортировке и доставке в лабораторию?
5. Чем осуществляется специфическая профилактика туберкулеза, характеристика препарата?

Задача 13

В микробиологическую лабораторию поступил исследуемый материал больного В., находящегося в сыпнотифозном отделении ГИКБ №1. При обследовании на педикулез насекомых не обнаружили. Из анамнеза не смогли выявить предполагаемый источник инфекции.

Задания:

1. Что такое род бактерий?
2. К какому роду относятся возбудители сыпного тифа?
3. Морфологические и тинкториальные свойства возбудителей сыпного тифа?
4. Эпидемиология эпидемического сыпного тифа: источник инфекции, механизм передачи, фактор передачи инфекции, его сущность?
5. Способы неспецифической профилактики сыпного тифа?

Задача 14

В школе № 458, где количество учащихся - 380 человек, выявлен случай заболевания дифтерией. Врач педиатр провел осмотр контактных с целью выявления больных с ангиной, как группы риска, и список выявленных передал медицинской сестре для взятия у них материала на микробиологическое исследование.

Задания:

1. Назовите род возбудителя дифтерии?
2. Чем обеспечивается морфологическая особенность возбудителя дифтерии, и каковы его тинкториальные свойства?
3. Какой материал, чем и с какой целью берут у больных с ангиной? Какие условия необходимо учитывать при взятии материала?
4. Условия доставки исследуемого материала в микробиологическую лабораторию?
5. Проводится ли специфическая профилактика в очаге больных дифтерией? Поясните ответ.

Задача 15

В детском саду во время осмотра детей врач-педиатр выявил больного ребенка с подозрением на дифтерию, о чем было послано экстренное извещение в Районный Центр Санэпиднадзора. В группе, где находился больной ребенок, с подозрением на дифтерию, было еще 16 человек.

Задания:

1. С какой целью было послано экстренное извещение в Центр Санэпиднадзора?
2. Какие мероприятия проводит медицинская сестра в очаге больных дифтерией?
3. Эпидемиология дифтерии: источник инфекции, основной механизм, фактор и путь передачи инфекции?
4. Что такое дезинфекция и ее виды?
5. Проводится ли плановая специфическая профилактика дифтерии? Поясните ответ.

Задача 16

В Астраханской области, в районе эндемичном по чуме, был выявлен больной А с подозрением на бубонную форму чумы. Больного госпитализировали в инфекционную больницу. Проводя эпидемиологическое расследование в очаге больного, врач эпидемиолог назначил ряд противоэпидемических мероприятий.

Задания:

1. Назовите род возбудителя чумы?
2. Особенности морфологии и тинкториальные свойства возбудителя?
3. Эпидемиология чумы: источник инфекции, механизмы передачи, факторы и пути передачи инфекции?
4. Какой исследуемый материал, как и с какой целью необходимо взять у данного больного?
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в районе, где зарегистрирован случай заболевания чумой?

Задача 17

У работницы по производству кисточек для бритья на тыльной стороне левой кисти руки появились зудящие пятнышки, которые через несколько часов превратились в пузырьки с темным содержимым. При вскрытии пузырьков образовывались безболезненные язвы. На основании типичной клинической картины врач-инфекционист поставил диагноз: «Кожная форма сибирской язвы». Для подтверждения клинического диагноза необходимо микробиологическое исследование.

Задания:

1. Назовите род возбудителя сибирской язвы?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя сибирской язвы, выделенного из организма больного?
3. Эпидемиология сибирской язвы: источник инфекции, механизмы, факторы, пути передачи инфекции?
4. Что служит исследуемым материалом от данного больного?
5. Проводится ли специфическая профилактика сибирской язвы?

Задача 18

В одной семье, проживающей в сельской местности, сразу заболело двое взрослых. Заболевание сопровождалось болями в животе, жидким кровянистым стулом, рвотой. Из анамнеза было выявлено, что заболевшие употребляли в пищу жаренную печень от забитой козы с явными признаками недомогания. У детей, которые не ели печень, никаких признаков заболевания не наблюдалось. На основании клинической картины и данных анамнеза врач-инфекционист поставил предположительный диагноз: «Кишечная форма сибирской язвы».

Задания:

1. Назовите возбудителя сибирской язвы по-латыни?
2. Где и в каких формах может существовать возбудитель сибирской язвы?
3. Каким методом микробиологического исследования можно обнаружить различные формы возбудителя сибирской язвы, обоснуйте ответ?
4. Какова устойчивость возбудителей сибирской язвы во внешней среде и чем она обеспечивается?
5. Как проводится обеззараживание материала, взятого от больных животных?

Задача 19

В хирургических отделениях нередко происходит инфицирование вновь поступивших послеоперационных больных госпитальными штаммами - возбудителями внутрибольничных инфекций (ВБИ).

Задание

1. Дайте определения понятия «внутрибольничные инфекции»?
2. Причины роста ВБИ?
3. Кто входит в группу риска возникновения ВБИ?
4. Основные возбудители ВБИ в хирургических отделениях стационаров?

Задача 20

На длительном лечении в стационаре находилось несколько послеоперационных больных после тяжелых операций. При повторном микробиологическом исследовании содержимого ран у четырех больных была выделена одна и та же культура *E. coli*, устойчивые к антибиотикам.

Задание

1. Как вы расцениваете возникшую ситуацию?
2. Какие причины способствовали инфицированию больных одним и тем же микробом?
3. Какую цель преследует врач назначая материал от больных на повторное микробиологическое исследование?
4. Какой основной механизм передачи подобной инфекции и роль медицинской сестры в ее распространении?
5. Каким путем можно определить основной механизм передачи инфекции?

Задача 21

У нескольких послеоперационных больных из раневого отделяемого при повторном бактериологическом исследовании произошла смена возбудителя и была выделена культура *Staphylococcus aureus*.

Задание

1. О каком виде инфекции идет речь в данной ситуации?
2. Назовите характерные черты этой инфекции?
3. К каким штаммам относится *Staphylococcus aureus*, выделенный от разных больных при повторном бактериологическом исследовании?
4. Цель проведения повторного бактериологического исследования раневого отделяемого послеоперационных больных?
5. Что способствовало попаданию в рану различных послеоперационных больных одного вида *Staphylococcus aureus*?

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1 Общая микробиология

Тема 1 Морфология микроорганизмов

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Тестирование

1. Бактерии относятся к царству

1. Прокариоты;
2. Эукариоты;
3. Вирусы.
4. Все ответы верны;
5. Все ответы не верны.

2. К микроорганизмам с прокариотным типом организации клетки относят: а) плесневые грибы; б) спирохеты; в) хламидии; г) микоплазмы; д) актиномицеты. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

3. Заслуги Р. Коха в микробиологии:

1. разработал плотные питательные среды;
2. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры;
3. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители;
4. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители, создал вакцину против бешенства;
5. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители, создал вакцину против бешенства, открыл вирусы.

4. Ученый, описавший анаэробный тип дыхания бактерий

1. Л. Пастер;
2. И. Мечников;
3. Э. Дженнер;
4. Л. Зильбер;
5. Р. Кох.

5. Работы Л. Пастера связаны с

1. созданием плотных питательных сред;
2. раскрытием механизмов гуморального иммунитета;
3. научным обоснованием вакцинопрофилактики;
4. конструированием микроскопа;
5. описанием вирусов.

6. Темнопольная микроскопия применяется для изучения:

1. кишечной палочки
2. риккетсий
3. стафилококка
4. хламидий
5. бледной трепонемы.

7. Сущность открытия Д. И. Ивановского:

1. создание первого микроскопа
2. открытие вирусов
3. открытие явления фагоцитоза
4. получение антирабической вакцины
5. открытие явления трансформации

8. Разрешающая способность светового микроскопа

1. 0,2 мкм;
2. 1 мкм;
3. 5 мкм;
4. 0,8 нм;
5. 200 мкм.

9. Характеристика электронного микроскопа:

1. Разрешающая способность 0,2 мкм, общее увеличение до 1000000^х;

2. Разрешающая способность 0,2 мкм, общее увеличение до 200000^x;
 3. Разрешающая способность 0,2 нм, общее увеличение до 1000000^x;
 4. Разрешающая способность 2 мкм, общее увеличение до 500000^x;
 5. Разрешающая способность 200 мкм, общее увеличение до 20000^x.
10. Фазово-контрастная микроскопия проводится для изучения микроорганизмов
1. окрашенных флюоресцентными красителями;
 2. окрашенных позитивным методом окраски;
 3. окрашенных негативным методом окраски;
 4. неокрашенных;
 5. окрашенных анилиновыми красителями.
11. В люминесцентном методе микроскопии как источник света используются
1. ультрафиолетовое излучение;
 2. дневной свет;
 3. микроволновое излучение;
 4. рентгеновское излучение;
 5. инфракрасное излучение.
12. Микроскопическим методом изучают свойства бактерий:
1. морфо-тинкториальные;
 2. культуральные;
 3. антигенные;
 4. токсигенные;
 5. биохимические.
13. Для какого типа микроскопической техники готовят микропрепараты, окрашенные флюоресцирующими красителями
1. фазово-контрастной;
 2. темнопольной;
 3. электронной;
 4. люминесцентной;
 5. стандартной световой.
14. Достоинства микроскопического метода диагностики инфекционных заболеваний
1. возможность ускоренной диагностики;
 2. простота и доступность метода;
 3. при некоторых заболеваниях имеет самостоятельное диагностическое значение;
 4. иногда позволяет выявить клинически значимое количество условно-патогенных микроорганизмов;
 5. все вышеперечисленное.
15. Световая микроскопия включает в себя следующие разновидности: а) фазово-контрастную микроскопию; б) электронную микроскопию; в) темнопольную микроскопию; г) микроскопию в затемненном поле; д) иммерсионную микроскопию. Выберите правильную комбинацию ответов:
1. а, в, г, д;
 2. а, б, г, д;
 3. б, в, г, д;
 4. б, в, г;
 5. в, г, д.
16. Диплококки – шаровидные микроорганизмы расположенные:
1. одиночно или беспорядочно.
 2. попарно.
 3. в виде гроздей винограда.
 4. в виде цепочки.
 5. по четыре клетки.
17. Микроорганизмы, у которых отсутствует истинная клеточная стенка, а вместо нее имеется трехслойная цитоплазматическая мембрана, называется:
1. актиномицетами.
 2. микоплазмами.
 3. спирохетами.
 4. риккетсиями.
 5. хламидиями.
18. Стафилококки – шаровидные микроорганизмы, расположенные:
1. по четыре клетки.
 2. в виде цепочки.
 3. в виде гроздей винограда.
 4. попарно.
 5. одиночно или беспорядочно.
19. В составе органических веществ микробной клетки наибольшее количество приходится на долю:
1. углерода.
 2. кислорода.
 3. азота.
 4. водорода.
 5. натрия.
20. Мутанты микробов, которые частично или полностью утратили способность синтезировать пептидогликаны, называют бактериями: — формы.
1. S-.
 2. R-.
 3. O-.
 4. M-.
 5. L-.

Практическое письменное задание для самостоятельной работы во внеучебное время:

Заполнить таблицу по микроскопическим методам исследования.

Методы микроскопии

Вид микроскопии	Принцип	Разрешающая способность	Применение
-----------------	---------	-------------------------	------------

Иммерсионная			
Темнопольная			
Фазово-контрастная			
Люминесцентная (флуоресцентная)			
Электронная			

Вопросы для устного опроса:

1. Значение микробиологии и иммунологии в подготовке врача. Связь микробиологии с другими дисциплинами.
2. Организация работы и техника безопасности в бактериологической лаборатории.
3. Правила забора, транспортировки исследуемого материала, оформления направления для микробиологических исследований.
4. Методы микроскопии: иммерсионная, темнопольная, фазово-контрастная, люминесцентная, электронная, конфокальная лазерная, рентгеновская. Принципы и диагностическая значимость каждого метода.
5. Назначение и типы микропрепаратов из микроорганизмов: нативные, окрашенные (позитивно, негативно). Простые и сложные методы окраски.
6. Сравнительная морфология микроорганизмов.

Практическое задание 1

ЦЕЛЬ: Ознакомиться с различными методами микроскопии.

МЕТОДИКА

Рассмотреть демонстрационный препарат: «раздавленная» капля из дрожжей при иммерсионной и фазово-контрастной микроскопии. Рассмотреть окрашенный флюорохромом препарат из дрожжей под люминесцентным микроскопом. Необходимо обратить внимание на качество изображения объектов. Сравнить способы микроскопии.

Протокол исследования:

Исследуемый материал (материал для приготовления мазка)	Микроскопический метод исследования		
	Иммерсионная микроскопия (рис.)	Фазово-контрастная микроскопия (рис.)	Флуоресцентная микроскопия (рис.)

Вывод: (ответить на вопросы: 1. Какие преимущества имеет метод флуоресцентной микроскопии? 2. Какой принцип лежит в основе фазово-контрастной микроскопии? Какие преимущества имеет метод иммерсионной микроскопии?)

Практическое задание 2

ЦЕЛЬ: Овладеть методом приготовления простой окраски мазков и иммерсионной микроскопии микропрепаратов из чистой культуры бактерий.

МЕТОДИКА.

I. Приготовление препарата из агаровой культуры

Для приготовления мазка необходимо взять чистое обезжиренное стекло. На предметном стекле обозначают стеклоглафом место нанесения материала. На обратную сторону стекла от обозначенного места наносят петлей каплю физиологического раствора. В левую руку берут пробирку с агаровой культурой, а в правую – петлю за петледержатель. Петлю обжигают на пламени горелки. Пробку прижимают к ладони 4 и 5 пальцами и медленными вращающимися движениями извлекают из пробирки. Край пробирки обжигают. Петлю вводят в пробирку и остужают о стенки. Скользящим движением петлей берут материал и осторожно, не задевая о стенки, извлекают. Пробирку снова обжигают и закрывают пробкой.

В каплю физиологического раствора вносят исследуемую культуру и смешивают петлей до образования слегка мутноватой взвеси. Полученную взвесь равномерно распределяют на поверхности стекла, чтобы диаметр мазка был 1 – 1,5 см. Препарат высушивают на воздухе и фиксируют, для этого проводят стекло над пламенем горелки три раза, при этом мазок должен быть сверху. Препарат окрашивают фуксином (1-2 мин) или метиленовой синькой (3-5 мин).

Для окраски негативным способом на стекло наносят каплю взвеси дрожжей в физиологическом растворе и смешивают с каплей туши. Препарат высушивают.

Окрашенные препараты рассматривают под микроскопом с использованием масляной иммерсии.

Подготовка микроскопа для работы: поднять конденсор до уровня предметного столика, полностью открыть диафрагму, поставить плоское (при естественном освещении) или вогнутое (при искусственном освещении) зеркало. Осветить поле зрения под контролем объектива х 8.

Нанести на препарат каплю масла, положить препарат на столик микроскопа и закрепить зажимами. Установить иммерсионный объектив. Под контролем зрения (смотреть на объектив сбоку!) медленно опустить объектив макровинтом до погружения в масло. Затем, глядя в окуляр, медленно поднимать объектив до появления объекта. Провести окончательную фокусировку препарата микрометрическим винтом, медленно вращая его только в пределах одного оборота.

Протокол исследования:

Позитивный метод окраски		Негативный метод окраски тушью (рис.)
Фуксином (рис.)	Метиленовым синим (рис.)	

Обозначения к рисункам:

1. Название микроорганизма.
2. Фон (окрашен/не окрашен)

Вывод: (ответ на вопросы: 1. Какие красители наиболее часто используются для позитивной окраски микроорганизмов? 2. В чем преимущества негативной окраски микроорганизмов? 3. Почему в микробиологических исследованиях используется метод иммерсионной микроскопии (преимущества метода?)

Тема 2 Физиология микроорганизмов

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Тестирование

1. Группы микроорганизмов по типу питания

1. Аутотрофы и аэробы;
2. Аэробы и мезофилы;
3. Мезофилы и гетеротрофы;
4. Гетеротрофы и аутотрофы;

5. Мезофилы и микроаэрофилы.
2. Гетеротрофы усваивают
 1. Углерод из органических, азот из органических соединений;
 2. Углерод из неорганических, азот из органических соединений;
 3. Углерод из органических, азот из неорганических соединений;
 4. Углерод из неорганических, азот из неорганических соединений;
3. Условия культивирования бактерий
 1. Питательная среда;
 2. Питательная среда, длительность инкубации;
 3. Питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура;
 4. Питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура, аэробные или анаэробные условия;
 5. Питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура, аэробные или анаэробные условия, регуляция атмосферного давления.
4. Питание бактерий отличается от простейших по фазе
 1. Синтеза веществ в клетке;
 2. Экзогенного расщепления питательных веществ;
 3. Расщепление веществ в клетке;
 4. Выведения продуктов обмена веществ;
 5. Депонирования продуктов обмена веществ.
5. Для культивирования анаэробов используют питательные среды:
 1. Среда Плоскирева и Китта-Тароцци;
 2. Среда Китта-Тароцци и Вильсона-Блера;
 3. Среда Вильсона-Блера и мясопептонный бульон (МПБ);
 4. МПБ и среда Плоскирева;
 5. МПБ и среда Китта-Тароцци.
6. Дифференциально-диагностическими являются среды, предназначенные для
 1. Выделения определенного серотипа микробов;
 2. Выделения и идентификации разных видов микроорганизмов;
 3. Выделения облигатных анаэробов, определения антигенных свойств;
 4. Выделения облигатных паразитов, определения антибиотикорезистентности;
 5. Выделения возбудителя заболевания, определения фаготипа.
7. Способ размножения патогенных бактерий
 1. Деление;
 2. Деление и почкование;
 3. Деление, почкование и конъюгация;
 4. Деление, почкование, конъюгация и спорообразование;
 5. Деление, почкование, конъюгация, спорообразование и дисъюнктивный.
8. По типу дыхания микроорганизмы делятся на
 1. Облигатные анаэробы;
 2. Облигатные анаэробы и факультативные анаэробы;
 3. Облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы;
 4. Облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы, микроаэрофилы;
 5. Облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы, микроаэрофилы и мезофилы.
9. Количество синтезированных молекул АТФ при аэробном дыхании:
 1. Значительно меньше, чем при брожении;
 2. Значительно больше, чем при брожении;
 3. Приблизительно равно количеству, образующемуся при брожении;
 4. Составляет 2 молекулы АТФ;
 5. Все ответы верны.
10. Ферменты, которые синтезируются в клетке постоянно, независимо от наличия в среде специфического субстрата:
 1. Индуцибельные ферменты;
 2. Конститутивные ферменты;
 3. Эндоферменты;
 4. Экзоферменты;
 5. Все ответы верны.
11. Жизненно-важный процесс, в основе которого лежат механизмы пассивной диффузии, облегченной диффузии, активного транспорта, транслокации радикалов – это:
 1. Дыхание;
 2. Размножение;
 3. Питание;
 4. Рост.
12. Источник углерода для аутотрофов:
 1. Белки;
 2. Углеводы;
 3. CO_2 ;
 4. Органические соединения.
13. Поступление питательных веществ в бактериальную клетку осуществляется путем:
 1. Простой или облегченной диффузии;
 2. Активного транспорта;
 3. Переноса (транслокации) групп;
 4. Все ответы верны.
14. Элективный фактор среды плоскирева:
 1. NaCl 7,5–15%;
 2. Соли желчных кислот;
 3. Соль селена;
 4. Лактоза.
15. Дифференцирующим фактором в жса является:

1. Соли желчных кислот;
2. Лецитин;
3. 10% NaCl;
4. Лактоза.

16. В лаг-фазе происходит:

1. Быстрое размножение микроорганизмов;
2. Адаптация микроорганизмов к питательной среде;
3. Быстрая гибель микроорганизмов;
4. Выравнивание скорости размножения и скорости гибели.

17. По температурному оптимуму роста микроорганизмы подразделяются на:

1. Мезофиллы;
2. Психрофилы;
3. Термофилы;
4. Все ответы верны.

18. Дифференцирующим фактором среды Эндо является:

1. Лактоза;
2. Глюкоза;
3. Мальтоза;
4. Фруктоза.

19. Конечная фаза роста бактерий на жидкой среде:

1. Стационарная фаза максимума;
2. Фаза ускоренной гибели;
3. Фаза уменьшения скорости отмирания;
4. Фаза логарифмической гибели;

20. Для культивирования облигатных анаэробов используется питательная среда:

1. Китта-тароцци;
2. МПА;
3. Эндо;
4. Селенитовый бульон.

Письменное задание для самостоятельной работы во внеучебное время

В тетради для практических занятий составить и заполнить таблицу.

Характеристика этапов бактериологического метода диагностики инфекционных заболеваний

Объект исследования	Этап выделения чистой культуры (методика)	Этап идентификации чистой культуры (методика)	Результат исследования
Исследуемый материал			
Чистая культура бактерий			

Вопросы для подготовки:

1. Питание, дыхание, размножение микроорганизмов, роль генетического аппарата микроорганизмов в их жизнедеятельности.
2. Практическое использование знаний о физиологии микроорганизмов: условия культивирования бактерий, ферменты бактерий и их практическое использование, биотехнология.
3. Бактериологический метод диагностики. Цель. Этапы. Диагностическая ценность.
4. Генная инженерия в медицинской микробиологии, цели, задачи, методы генной диагностики, ПЦР.
5. Факторы внешней среды, результаты их действий на микроорганизмы, условия, определяющие подобный результат.
6. Практическое использование знаний о воздействии факторов внешней среды на микробы – культивирование, стерилизация, дезинфекция и антисептика.
7. Понятие об асептике.

Работа 1.

ЦЕЛЬ: Изучить состав и назначение питательных сред для культивирования микроорганизмов.

МЕТОДИКА

Изучить демонстрационные препараты. Используя аннотации к питательным средам, заполнить протокол.

Типы питательных сред

Название среды	К какой группе питательных сред относится (назначение)	Селективные и дифференциальные компоненты
МПА		
Кровяной агар		
Среда Эндо		
ЖСА		

Вывод: (ответить на вопросы: Какую питательную среду следует применить для выделения смеси грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов?)

Работа 2

ЦЕЛЬ: Изучить методы культивирования анаэробов.

МЕТОДИКА

1. Рассмотреть прибор анаэростат и ознакомиться с принципом его работы.

Анаэростат – прибор для создания бескислородной воздушной среды представляет собой толстостенную металлическую емкость для помещения чашек Петри или пробирок. Система газоотводных трубок и вакуумметр позволяют откачивать из емкости воздушную смесь, одновременно замещая ее инертным газом (гелием), и

замерять давление.

2. Ознакомиться с условиями создания анаэробноза в эксикаторе (свеча, тиогликолевая кислота).

Эксикатор – толстостенная стеклянная емкость с притертой крышкой и подставкой для чашек Петри. На дно эксикатора ставится горячая свеча либо наливается тиогликолевая кислота (химический редуцент кислорода), затем крышка притирается.

3. Рассмотреть чашку с сокультивированием аэробов и анаэробов (способ Фортнера).

В чашку Петри на поверхность питательного агара, разделенного пополам посредине чашки, производят посев на одной половине аэробов, на другой – анаэробов. Чашку герметизируют парафином и помещают в термостат. При остаточном кислороде растут аэробы, после его утилизации начинают расти анаэробы.

4. Рассмотреть и изучить состав специальных сред для культивирования анаэробов.

Среда Китта-Тароцци – питательный бульон с глюкозой и кусочками свежих органов животных. Глюкоза и кусочки органов обладают редуцирующей способностью. Сверху среду заливают слоем стерильного масла.

Среда контроля стерильности (СКС) – 0,3% агар с добавлением тиогликолевой кислоты (редуцент O₂), посев уколом.

Среда Вильсона-Блер – высокий столбик питательного агара с добавлением солей натрия и железа, посев уколом. Анаэробы образуют черные колонии в глубине столбика за счет химической реакции с солями металлов.

Протокол исследования:

Методы, среды		Условия создания анаэробноза
Физический		
Химический		
Биологический		
Специальные среды	Китта-Тароцци	
	Вильсона-Блер	
	СКС	
Высокий столбик агара		

Тема 3 Антимикробная терапия

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Тестирование

1. Причина косвенного токсического действия антибиотиков

1. Аллергические реакции;
2. Бактериолиз под влиянием больших доз антибиотиков;
3. Иммунодепрессивное действие;
4. Особенности химического строения, метаболизма, элиминации аб;
5. Дисбактериоз.

2. При оценке чувствительности к антибиотику *invitro* диско-диффузионным способом определяют

1. Интенсивность роста культуры;
2. Продукцию пигмента;
3. Диаметр зоны подавления роста;
4. Генетические маркеры резистентности;
5. Верно «3» и «4».

3. Природная устойчивость микробов к антибиотикам и химиопрепаратам может быть обусловлена

1. Отсутствием «мишени» для действия препарата;
2. Переносом г-генов хромосомы;
3. Наличием инактивирующих ферментов;
4. Мутациями в генах хромосомы;
5. Верно «2» и «3».

4. Приобретенная устойчивость микробов к действию антибиотиков может быть обусловлена

1. Отсутствием «мишени» для действия препарата;
2. Мутациями, изменяющими «мишень» действия антибиотика;
3. Переносом г-генов хромосомы;
4. Передачей г-плазмиды;
5. Верно «2», «3» и «4».

5. Бактерицидные антибиотики

1. Тетрациклины;
2. Пенициллины;
3. Полипептиды;
4. Цефалоспорины;
5. Верно «2», «3» и «4».

6. Мишень действия цефалоспорина

1. Нарушение синтеза белка;
2. Ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. Дезорганизация цпм;
4. Нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. Верно «2» и «3».

7. Мишень действия тетрациклина

1. Нарушение синтеза белка;
2. Ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. Дезорганизация цпм;
4. Нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. Верно «3» и «4».

8. Осложнения при лечении антибиотиками:

1. Токсическое действие;
2. Токсическое действие и аллергические реакции;
3. Токсическое действие, аллергические реакции и дисбиоз;
4. Токсическое действие, аллергические реакции, дисбиоз и иммунодепрессивное действие;
5. Токсическое действие, аллергические реакции и иммунодепрессивное действие;

9. При оценке чувствительности к антибиотику *invitro* способом серийных разведений в жидкой среде определяют

1. Интенсивность роста культуры;
2. Продукцию пигмента;
3. Диаметр зоны подавления роста;
4. Генетические маркеры резистентности;
5. Верно «3» и «4».

10. Природная устойчивость микробов к антибиотикам и химиопрепаратам

1. Наследуемый признак;
2. Признак, формирующийся под влиянием антибиотика;
3. Признак, обусловленный модификационной изменчивостью;
4. Признак, возникающий вследствие действия высушивания;
5. Верно «2» и «4».

11. Назовите генетические механизмы приобретенной резистентности микробов к антибиотикам

1. Мутации в генах;
2. Наличие r-плазмид;
3. Перенос r-генов хромосомы и плазмиды;
4. Природное отсутствие точки приложения действия антибиотика;
5. Верно «1», «2» и «3».

12. Бактериостатические антибиотики

1. Хлорамфениколы;
2. Тетрациклины;
3. β-галактамы;
4. Монобактамы;
5. Верно «1» и «2».

13. Мишень действия полиеновых антибиотиков

1. Нарушение синтеза белка;
2. Ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. Дезорганизация ЦПМ;
4. Нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. Верно «3» и «4».

14. Мишень действия пенициллина

1. Нарушение синтеза белка;
2. Ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. Дезорганизация ЦПМ;
4. Нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. Верно «1» и «2».

15. Мишень действия полимиксинов

1. Нарушение синтеза белка;
2. Ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. Дезорганизация ЦПМ;
4. Нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. Верно «1» и «4».

16. Кто установил в 1877 году явление антибиоза?

1. Луи Пастер
2. П. В. Лебединский
3. А. Д. Павловский
4. Д. И. Мечников

17. Кто в 1942 г обнаружил плесень *Penicillium crustosum*, из которой был выделен пенициллин?

1. Флеминг
2. Флори и Чейн
3. Ермольева
4. Лебединский

18. На сколько групп делят антибиотики по химическому составу?

1. 5
2. 7
3. 9
4. 12

19. Какие из перечисленных антибиотиков нарушают обмен ДНК в микробной клетке?

1. Стрептоциллин
2. Стрептомицин
3. Эритромицин
4. Канамицин

20. На какую микрофлору действует пенициллин, олеандомицин:

1. Грам – положительную
2. Грам – отрицательную
3. На всю кроме вирусов
4. На всю кроме крупных вирусов

Письменные задания для самостоятельной работы во внеучебное время

Составить и заполнить таблицу.

Общая характеристика основных групп антимикробных химиотерапевтических препаратов

Группа химио-препаратов	Спектр действия (узкий/широкий)	Тип действия (статический/цидный)	Механизм действия (мишень)	Пример
Сульфанил-амиды				

Хинолоны/ фторхинолоны				
Нитрофураны				
Имидазолы				
Оксазолидоны				
β-лактамы				
Гликопептиды				
Тетрациклины				
Амино-гликозиды				
Макролиды				
Хлорамфеникол				
Полипептиды				
Полиены				

Вопросы для подготовки:

1. Исторические аспекты применения антимикробных препаратов. НИИ антибиотиков в современной России.
2. Природа, происхождение антибиотиков.
3. Спектр действия антимикробных препаратов на микроорганизмы,
4. Механизмы и результаты действия антимикробных препаратов.
5. Антимикробные препараты растительного и животного происхождения.
6. Полусинтетические антибиотики.
7. Синтетические антибиотики.
8. Комбинированные антимикробные препараты.
9. Противогрибковые препараты.
10. Противовирусные препараты.
11. Резистентность микроорганизмов к антимикробным препаратам. Пути преодоления.
12. Системные и местные осложнения антимикробной терапии.
13. Принципы рациональной антимикробной терапии в стоматологической практике.

Работа 1

ЦЕЛЬ: Овладеть навыком определения чувствительности бактерий к антибиотикам методом индикаторных дисков.

ЗАДАЧА. В клинику поступил больной с диагнозом «Стафилококковая пневмония». Для успешного этиологического лечения с целью выбора эффективного антибиотика было рекомендовано определение антибиотикограммы возбудителя. Проведите исследование. Оцените результат. Сделайте вывод.

МЕТОДИКА

1. Исследуемую культуру суспензируют в 2 мл стерильного физиологического раствора и готовят 1-миллиардную взвесь по стандарту мутности.
2. Бактериальную взвесь (1 мл) стерильной пипеткой наливают на поверхность среды в чашку Петри и равномерно распределяют путем покачивания (либо шпателем). Избыток жидкости удаляют пастеровской пипеткой. Шпатель и пипетку помещают в стакан с дезраствором.
3. На различные участки засеянного агара пинцетом помещают диски с антибиотиками (6-8), стараясь не касаться агара. Диск пинцетом слегка прижимают к агару.
4. Чашки с посевами помещают в термостат на 18-24 часа.
5. Через сутки проводят оценку результата опыта путем измерения зоны задержки роста (в мм) бактерий по диаметру, включая бумажный диск.

Результаты выполненной работы оформляют в виде протокола исследования.

Шкала оценки чувствительности бактерий к антибиотикам

Размер зоны задержки роста в мм	Чувствительность
До 10 мм	Не чувствителен
Более 10 мм	Чувствителен

Протокол исследования:

Вид возбудителя	Результат посева на чувствительность к антибиотикам (рисунок с обозначениями)	Антибиотики					
		1	2	3	4	5	6

Вывод: (ответить на вопросы: 1. К каким антибиотикам чувствителен выделенный возбудитель? Какой антибиотик Вы рекомендуете для лечения и почему?)

Работа 2

ЦЕЛЬ: Определить чувствительность бактерий к антибиотикам методом серийных разведений.

ЗАДАЧА. С целью назначения больному рациональной схемы лечения пенициллином потребовалось определить бактериостатическую и бактерицидную концентрацию препарата по отношению к возбудителю – золотистому стафилококку.

МЕТОДИКА

1. В пробирки разливают стерильный мясо-пептонный бульон (МПБ) по 1 мл.
2. Добавляют исследуемый антибиотик в различных концентрациях: от 1 ед/мл до 128 ед/мл.
3. Заливают в пробирки 18-часовую бульонную культуру стафилококка по 1 мл.
4. Инкубируют посеvy в термостате 24 часа.
5. Через сутки учитывают результаты опыта:
 - а) Определяют минимальную подавляющую (бактериостатическую) концентрацию антибиотика (МПК). За нее принимают наименьшую концентрацию антибиотика, при которой не происходит размножение бактерий, и содержимое пробирки остается прозрачным.
 - б) Определяют минимальную бактерицидную концентрацию антибиотика (МБК). Для этого из пробирок с отсутствием видимого роста и из пробирки с минимальной концентрацией антибиотика, где рост есть (контроль), производят высев секторами на мясо-пептонный агар в чашки Петри. На секторах обозначают концентрацию антибиотика, из которой сделан высеv. Чашки относят в термостат на 18-24 часа.
6. Через сутки просматривают чашки и определяют МБК по отсутствию роста бактерий на агаре в соответствующих секторах.

Результат выполненной работы оформляют в виде протокола исследования.

Протокол исследования:

Концентрация антибиотика в МПБ (ед/мл)	128	64	32	16	8	4	2	1	К	
Наличие роста микроба в МПБ (мясо-пептонный бульон)										МПК
Наличие роста микроба при высеве на МПА (мясо-пептонный агар)										МБК

Вывод: (ответить на вопросы: Почему МБК выше, чем МПК? Может ли быть наоборот? Почему?)

Работа 3

ЦЕЛЬ: Изучить явление бактериоциногенности стафилококков.

Бактериоцины – продукты летального биосинтеза бактериальной клетки, вещества белковой природы, играющие важную роль в формировании микробиологических отношений в биоценозе. Бактериоцины определяют внутривидовую конкуренцию. Бактериоциногенность детерминирована плазмидными факторами и свойственна лишь небольшой части бактериальной популяции.

МЕТОДИКА

1. На чашку Петри шпателью засевают культуру бактериоциночувствительного штамма стафилококка.
2. На поверхность засеянного агара наносят петлей (в виде «пятачка») различные штаммы стафилококков.
3. Посев инкубируют в термостате в течение 24 часов.
4. Через сутки учитывают результат. Вокруг колоний бактериоциногенных штаммов стафилококков определяют зоны задержки роста бактериоциночувствительного штамма.

Результаты наблюдений оформляют в виде протокола исследования.

Протокол исследования:

Вид микроорганизма	Явление бактериоциногенности (рис. с обозначениями)

Вывод: (ответить на вопросы: 1. Укажите основные отличия бактериоцинов и антибиотиков. 2. Для производства каких лекарственных препаратов используют штаммы с выраженной бактериоциногенной активностью?).

Тема 4. Роль микроорганизма, организма хозяина и внешней среды в инфекционном процессе. Контроль знаний модуля 1 «Общая микробиология».

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестирование

1. Инфекционный процесс – это
 1. Распространение инфекционных болезней среди животных;
 2. Взаимодействие патогенного микроорганизма и восприимчивого макроорганизма;
 3. Взаимодействие микро- и макроорганизма;
 4. Зараженность инфекционными агентами переносчиков;
 5. Взаимодействие патогенного микроорганизма и макроорганизма.
2. Инфекции разделяют на антропонозы, зоонозы и сапронозы по
 1. Механизму передачи;
 2. Источнику инфекции;
 3. Резервуару инфекции;
 4. Месту входных ворот;
 5. Верно всё.
3. Механизм передачи возбудителя зависит от
 1. Устойчивости возбудителя во внешней среде;
 2. Локализации возбудителя в организме источника инфекции;
 3. Патогенности возбудителя;
 4. Вирулентности возбудителя;
 5. Верно всё.
4. Факторы иммунодепрессии у микробов
 1. R-плазида и антилизозимная активность;
 2. Антилизозимная активность и антиинтерфероновая активность;
 3. Антиинтерфероновая активность и col-плазида;
 4. R-плазида и col-плазида;
 5. Верно всё.
5. Вирулентность – мера
 1. Иммуногенности
 2. Патогенности
 3. Персистенности
 4. Специфичности
 5. Верно всё.
6. Избирательным действием на макроорганизм обладает
 1. Экзотоксин;
 2. Эндотоксин;
 3. Летучие жирные кислоты;
 4. Бактериоцины;
 5. Верно всё.
7. Гемолизин –
 1. Эндотоксин;
 2. Фермент агрессии;
 3. Экзотоксин;
 4. Фермент защиты;
 5. Верно «2» и «3».
8. Фермент защиты –
 1. Коллагеназа;
 2. Фибринолизин;
 3. Плазмокоагулаза;
 4. Лецитовителлаза;
 5. Верно всё.

9. Эндотоксин –
1. Неспецифичен;
 2. Неспецифичен и термостабилен;
 3. Неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки;
 4. Неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки, освобождается при разрушении клетки;
 5. Неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки, освобождается при разрушении клеток преимущественно спорообразующих микроорганизмов.
10. DIm – единица измерения
1. Лизогении
 2. Вирулентности
 3. Антибиотикочувствительности
 4. Персистенции
 5. Бактериоциногении
11. Фактор микробного антагонизма
1. Гиалуронидаза;
 2. Плазмокоагулаза;
 3. Лизоцим;
 4. Гемолизин;
 5. Эндотоксин.
12. На этапе колонизации микроорганизмов участвуют
1. Адгезины;
 2. Адгезины и бактериоцины;
 3. Адгезины, бактериоцины и нейраминидаза;
 4. Адгезины, бактериоцины, нейраминидаза и экзопротеазы;
 5. Адгезины, бактериоцины, нейраминидаза, экзопротеазы и нуклеиновые кислоты.
13. Персистенция
1. Длительное выживание микроба в организме человека;
 2. Длительное выживание микроба в окружающей среде;
 3. Длительное выживание микроба в элективной среде;
 4. Длительное выживание микроба в крио-среде;
 5. Верно всё.
14. Липополисахарид бактерий играет роль
1. Информационной макромолекулы
 2. Эндотоксина и о-антигена
 3. Регулятора синтеза пептидогликана
 4. В патогенезе токсинемических инфекций
 5. Биоэнергетического источника
15. Факторы персистенции – антилизоцимная активность, антиинтерфероновая активность, антикомплементарная активность
1. Секретируемые;
 2. Экранирующие;
 3. Связаны с дефектом клеточной стенки микробов;
 4. Генетически детерминированы в плазмиде;
 5. Верно «1», «4».
16. Какой период инфекционного процесса начинается от момента проникновения инфекционного агента в организм человека до появления первых предвестников заболевания:
1. продромальный
 2. инкубационный
 3. разгара болезни
 4. реконвалесценции
17. В какой период инфекционного процесса появляются специфические симптомы данного заболевания:
1. продромальный
 2. инкубационный
 3. разгара болезни
 4. реконвалесценции
18. Укажите характеристику продромального периода инфекционного процесса:
1. адгезия микроорганизмов на чувствительных клетках
 2. интенсивное размножение микроорганизмов и появление специфических симптомов заболевания
 3. прекращение размножения и гибель возбудителя, нормализация функций больного
 4. колонизация чувствительных клеток, появление первых неспецифических симптомов заболевания
19. В какой период инфекционного процесса происходит прекращение размножения микроорганизмов и нормализация функций больного:
1. продромальный
 2. инкубационный
 3. разгара болезни
 4. реконвалесценции
20. Что называют агг्रेसинами:
1. рецепторы клеток тканей организма
 2. факторы, способствующие проникновению микроорганизмов внутрь клеток тканей организма
 3. факторы микроорганизмов, обладающие способностью подавлять неспецифическую и иммунную защиту организма хозяина

Письменные задания для самостоятельной работы во внеучебное время

В тетрадь для практических занятий переписать и заполнить данные таблицы

Классификация факторов вирулентности бактерий

Название фактора	Назначение фактора	Факторы, предлагаемые для внесения в незаполненный столбец таблицы
1.	1. Фермент защиты	Плазмокоагулаза

2.	2.Экзотоксин	Лизоцим Лецитовителлаза Антилизозимная активность Капсула Гемолитическая активность (гемолизин) Гиалуронидаза
3.	3. Фактор микробного антагонизма	
4а. 4б.	4. Ферменты, усиливающие проницаемость (ферменты агрессии)	
5.	5. Секретируемый фактор персистенции	
6.	6. Иммуносупрессивный фактор (подавляет фагоцитоз)	

Вопросы для подготовки:

1. Движущие силы, формы, этапы в развитии инфекционного процесса. Пути распространения микробов и токсинов в организме.
2. Экспериментальная инфекция и ее значение в научных исследованиях и практической медицине. Биологический метод диагностики (биологическая проба).
3. Роль микроба в инфекционном процессе. Патогенность и вирулентность. Методы выявления.
4. Роль макроорганизма в инфекционном процессе. Причины и условия, влияющие на восприимчивость и инфекционную чувствительность макроорганизма.
5. Факторы естественной резистентности организма человека.
6. Роль внешней среды как движущей силы инфекционного процесса.
7. Роль социальных факторов в возникновении и развитии инфекционного процесса.

Работа 1.

ЦЕЛЬ: Изучить некоторые факторы колонизации, вирулентности и персистенции бактерий и методы их выявления.

МЕТОДИКА

Гемолизины – для выявления гемолизинов делают посев чистой культуры на 3-5% кровяной агар и после суточной инкубации при 37°C определяют зоны гемолиза вокруг выросших колоний.

Плазмокоагулаза – выявляется путем посева чистой культуры на цитратную плазму крови. Реакцию ставят в двух узких пробирках. В каждую наливают по 0,5 мл цитратной плазмы. В опытную пробирку вносят петлю агаровой культуры микробов. В контрольную пробирку культура не вносится. Пробирки ставят в термостат при 37°C на 24 часа. При положительном результате в пробирке с культурой появляется сгусток, в контроле плазма остается жидкой.

Лизоцим (микробный) – для определения лизоцимной активности на поверхность агара с засеянным в него тест-микробом (микрококком) наносится в виде бляшек исследуемая культура. Появление зон лизиса микрококка вокруг культуры свидетельствует о лизоцимной активности микроорганизмов.

Гиалуронидаза – для определения гиалуронидазы в опытную пробирку вносят бульонную исследуемую культуру бактерий, гиалуроновую кислоту, в контрольную – только гиалуроновую кислоту. После 20-минутной инкубации в термостате в обе пробирки добавляют 15% уксусную кислоту. При наличии у микробов гиалуронидазы жидкость в опытной пробирке остается гомогенной, при отсутствии – появляется сгусток муцина. В контрольной пробирке сгусток муцина образуется всегда в результате взаимодействия гиалуроновой и уксусной кислоты.

Лецитиназа(лецитовителлаза) – выявляется путем посева чистой культуры на чашку с желточно-солевым агаром (ЖСА) штрихом или бляшкой. Чашки инкубируют в термостате при 37°C в течение суток. При положительном результате вокруг колоний образуется радужный венчик. Учитывают в отраженном свете.

Адгезины – оцениваются по способности бактерий прилипать к эритроцитам. Для этого эритроциты человека I группы, предварительно отмытые буферным раствором и доведенные до концентрации 10⁶кл/мл, смешивают на предметном стекле с чистой культурой в соотношении 1:3 и инкубируют 30 мин. при 37 С. Затем делают мазок, окрашивают синькой Мансона и подсчитывают индекс адгезии (количество микробов, адгезированных на эритроцитах/количество эритроцитов, участвующих в адгезии).

Персистентные свойства микроорганизмов – антилизозимная активность (АЛА) – для определения АЛА в плотную питательную среду добавляют определенное количество лизоцима, на поверхность засевают в виде бляшек исследуемые бактерии, а через сутки, после обработки хлороформом, наносят 2-й слой агара с микрококком. Учет проводят по росту микрококка вокруг культуры, инактивировавших лизоцим.

Зарисуйте результаты выявления разных факторов вирулентности, сделайте обозначения к рисункам, определите назначение каждого фактора.

Протокол исследования:

Фактор патогенности	Результат	
	Рисунок с обозначениями	Назначение факторов (вывод)
Адгезины		
Гемолизин		
Плазмокоагулаза		
Гиалуронидаза		
Лизоцим		
Лецитиназа		
Антилизозимная активность		

Работа №1

ЦЕЛЬ: Овладеть методикой оценки тестов 1-го и 2-го уровня.

ЗАДАЧА. Познакомьтесь с методиками некоторых тестов для оценки иммунного статуса.

1.Подсчет количества Т- и В-лимфоцитов в реакциях Е- и ЕАС-розеткообразования (Е-РОК, ЕАС-РОК)

Принцип: поверхностные рецепторы, специфичные для различных субпопуляций лимфоцитов, проявляются, связывая эритроциты, нативные или нагруженные антителами к этим рецепторам. Эритроциты образуют с поверхностью лимфоцита фигуру розетки. За розетку принимают лимфоцит, присоединивший 3-5 эритроцитов.

Метод определения Т-лимфоцитов методом спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана (Е-РОК). Т-лимфоциты имеют рецепторы для эритроцитов барана, которые выступают, таким образом, специфическим маркером для их распознавания (Е-РОК: Erythrocyte – розеткообразующие клетки). К лимфоцитам, выделенным из венозной крови с помощью центрифугирования и отмытым буфером, добавляют равный объем 0,5% взвеси эритроцитов барана. Соотношение эритроциты: лимфоциты не должно превышать 50:1. Инкубируют смесь в термостате 37°C в течение 10 мин. Подсчет проводят под световым микроскопом с использованием счетной камеры.

Метод определения В-клеток методом розеткообразования с эритроцитами барана в системе ЕАС. Метод основан на способности В-клеток образовывать розетки с бараными эритроцитами, нагруженными антителами в среде комплемента благодаря наличию Fc, и C3 рецепторов у В-лимфоцитов. К лимфоцитам, выделенным из венозной крови с помощью центрифугирования и отмытым буфером, добавляют равный объем взвеси бараньих эритроцитов нагруженных антителами и комплементом (ЕАС). Инкубируют смесь в термостате 37°C в течение 10 мин. Подсчет проводят под световым микроскопом с использованием счетной камеры.

2.Определение фагоцитарной активности сегментоядерных нейтрофилов.

Принцип: полиморфноядерные лейкоциты, моноциты периферической крови способны связывать на своей поверхности, поглощать и переваривать микробную тест-культуру (стафилококк).

Методика: к венозной гепаринизированной крови добавляется равный объем микробной взвеси (суточная культура S. Aureus) и инкубируется в термостате 30 мин. Лейкоциты отделяют от жидкости центрифугированием, фиксируют, окрашивают и делают тонкий мазок. С использованием светового микроскопа производят подсчет фагоцитарных клеток с определением фагоцитарного показателя (процент клеток, участвующих в фагоцитозе) и фагоцитарного индекса (число микробов, захваченных одной клеткой).

3.Реакция бласттрансформации с использованием митогена

Принцип метода основан на способности лимфоцитов к трансформации в бласты и размножению под воздействием антигенов, аллергенов и митогенов. Методика: лимфоциты, выделенные из пробы крови пациента, обрабатывают специальными веществами – стимуляторами бласттрансформации. Для бласттрансформации Т-лимфоцитов используют фитогемагглютинин (ФГА), для бласттрансформации В-лимфоцитов – липополисахарид. При этом они претерпевают превращение обратно в бласты (крупные клетки с ядром, занимающим практически весь объем клетки). Результат оценивается микроскопически.

1. Тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест)

Принцип: НСТ тест позволяет оценить состояние кислородзависимого механизма бактерицидности фагоцитов (гранулоцитов) крови in vitro. В основе метода лежит способность нейтрофилов поглощать НСТ и восстанавливать его в гранулы диформаза. Восстановление поглощённого фагоцитом растворимого красителя НСТ в нерастворимый диформаза происходит под влиянием супероксиданиона (предназначен для внутриклеточного уничтожения инфекционного агента после его поглощения), образующегося в НАДФ-Н-оксидазной реакции «кислородного взрыва» в активированных нейтрофилах.

МЕТОД: в одну лунку с выделенными омытыми лейкоцитами вносят раствор НСТ (спонтанный НСТ-тест), в другую – раствор НСТ и зимозан (стимулированный НСТ-тест). После инкубации в течение 30 мин делают мазки и подсчитывают на световом микроскопе процент нейтрофилов, содержащих гранулы диформаза (серые «глыбки»). В норме у взрослых количество НСТ-положительных нейтрофилов составляет до 10%.

2. Количественное определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)

Принцип: в основе метода лежит селективная преципитация комплексов антиген-антитело в растворе полиэтиленгликоля (ПЭГ) с последующим определением оптической плотности на фотометре.

МЕТОДИКА: к сыворотке крови, разведенной в буфере, добавляют ПЭГ. После инкубации в течение 1 ч, измеряют оптическую плотность смеси по сравнению с контролем (без добавления ПЭГ).

Протокол исследования:

Название теста	Рисунки демонстрационных препаратов
Е-розеткообразующая клетка (Е-РОК)	
Фагоцитоз стафилококков (мазок крови)	
Реакция бласттрансформации лимфоцитов	
НСТ-тест	
Чашка с реакцией иммунопреципитации для обнаружения IgG (по Манчини)	

Работа №2

ЦЕЛЬ: Овладеть навыком оценки иммунограмм.

Протокол исследования:

I вариант

Проблемная лаборатория по изучению механизмов естественного иммунитета

Исследования от «__» _____ 20__ г.

Больной Иванов К.

Возраст 15 лет

Отд. _____

Диагноз рецидивирующий бронхит

Показатель	Норма	У обследуемого	Наличие и характер отклонения
лейкоциты (10 ⁹ /л)	4,3 – 6,0		
лимфоциты (%)	35 – 45		
лимфоциты (10 ⁹ /л)	1,500 – 2,700		
CD3+лимфоциты (%)	55-70		
CD3+лимфоциты (10 ⁹ /л)	0,825 – 1,900		
CD19+лимфоциты (%)	8 – 20		
CD19+лимфоциты (10 ⁹ /л)	0,120 – 0,540		
CD4+ лимфоциты (%)	35 – 50		
CD8+лимфоциты (%)	20 -30		
палочкоядерные нейтрофилы %	0 – 6		
сегментоядерные нейтрофилы %	41 – 65		
моноциты %	0 – 8		
эозинофилы %	0 – 6		
базофилы %	0 – 6		
Фагоцитарная показатель %	50 – 70		
Фагоцитарный индекс (усл.е.)	3,8 – 6,0		
НСТ спонтанный %	4 – 10		
НСТ стимулированный %	30 – 60		
ЦИК (ед.ОП)	до 70		
IgA, г/л	0,9 – 1,6		
IgM, г/л	0,8 – 1,4		
IgG, г/л	8 – 13		
IgE, МЕ/мл	до 60		

Заключение: _____

II вариант

Проблемная лаборатория по изучению механизмов естественного иммунитета

Исследования от «__» _____ 20__ г.

Больной Петрова И.

Возраст 8 лет

Отд. _____

Показатель	Норма	У обследуемого	Наличие и характер отклонения
лейкоциты (10 ⁹ /л)	4,5 – 6,5		
лимфоциты (%)	40 – 50		
лимфоциты (10 ⁹ /л)	1,8 – 3,25		
CD3+лимфоциты (%)	55 – 70		
CD3+лимфоциты (10 ⁹ /л)	0,99 -2,275		
CD19+лимфоциты (%)	8 – 20		
CD19+лимфоциты (10 ⁹ /л)	0,144 – 0,650		
CD4+ лимфоциты (%)	35-50		
CD8+лимфоциты (%)	20 -30		
палочкоядерные нейтрофилы %	0 – 6		
сегментоядерные нейтрофилы %	36 – 60		
моноциты %	0 – 6		
эозинофилы %	0 – 6		
базофилы %	0 – 6		
Фагоцитарная показатель %	50 – 70		
Фагоцитарный индекс (усл.е.)	3,6 – 6,0		
НСТ спонтанный %	4 – 10		
НСТ стимулированный %	30 – 60		
ЦИК (ед.ОП)	до 65		
IgA, г/л	0,8 -1,4		
IgM, г/л	0,8 -1,3		
IgG, г/л	7,0 – 12,0		
IgE, МЕ/мл	до 50		

Заключение: _____

Модуль 2 Клиническая микробиология

Тема 5. Оппортунистическая инфекция.

Инфекции связанные с оказанием медицинской помощи

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Тестирование

1. Для оппортунистических инфекций характерно:
 1. Вызываются только патогенными микроорганизмами;
 2. Вызываются УПМ;
 3. Возникают при иммунодепрессивных состояниях;
 4. Могут поражать любые органы и ткани.
2. Клиническая картина оппортунистических инфекций:
 1. Специфична;
 2. Зависит от локализации возбудителя;
 3. Не зависит от локализации возбудителя;
 4. Характеризуется хроническим течением.
3. К особенностям оппортунистических инфекций относятся:
 1. Лечение сочетанным соотношением антибактериальной терапии с иммуномодулирующей;
 2. Широкое распространение в стационарах;
 3. Сложность течения;
 4. Высококонтагиозны.
4. Для диагностики оппортунистических инфекций характерно:
 1. Основной метод диагностики – микробиологический;
 2. Основной метод диагностики – биологический;
 3. Использование качественного и количественного критерия;
 4. Использование только качественного критерия.
5. Бактериемией называется:
 1. Фаза патогенеза инфекционных заболеваний, во время которой бактерии попадают в кровь;
 2. Фаза патогенеза инфекционных заболеваний, во время которой вирусы попадают в кровь;
 3. Генерализованное заболевание, во время которого возбудитель находится и размножается в крови).
6. Сепсисом называется:
 1. Фаза патогенеза инфекционных заболеваний, во время которой бактерии попадают в кровь;
 2. Фаза патогенеза инфекционных заболеваний, во время которой вирусы попадают в кровь;
 3. Генерализованное заболевание, во время которого возбудитель находится и размножается в крови.
7. Внутрибольничной инфекцией является:
 1. Инфекционное заболевание, приобретенное и проявившееся в условиях стационара;

- Инфекция, приобретенная внутри стационара и проявившаяся в условиях стационара или после выписки из него;
- Инфекция, приобретенная до поступления в стационар и проявившаяся или выявленная в стационаре.

8. У стафилококков могут присутствовать следующие антигены:

- Белок М;
- Vi-антиген;
- К-антиген;
- Белок А.

9. У стрептококков могут присутствовать следующие антигены:

- Белок М;
- Vi-антиген;
- К-антиген;
- Белок А.

10. К стафилококковым инфекциям относятся:

- Синдром «ошпаренных младенцев»;
- Скарлатина;
- Карбункул;
- Синдром токсического шока.

11. Плазмокоагулаза вызывает:

- Разрушение гиалуроновой кислоты;
- Нарушение свертываемости крови;
- Разрушение лецитина;
- Растворение фибрина.

12. Гиалуронидаза вызывает:

- Разрушение гиалуроновой кислоты;
- Нарушение свертываемости крови;
- Разрушение лецитина;
- Растворение фибрина.

13. Лецитиназа вызывает:

- Разрушение гиалуроновой кислоты;
- Нарушение свертываемости крови;
- Разрушение лецитина;
- Растворение фибрина.

14. Фибринолизин вызывает:

- Разрушение гиалуроновой кислоты;
- Нарушение свертываемости крови;
- Разрушение лецитина;
- Растворение фибрина.

15. Для L-форм стафилококков характерно:

- Резистентность к антибиотикам пенициллинового ряда;
- Способность длительно персистировать в организме;
- Наличие толстой клеточной стенки;
- Изменение морфологии.

16. Стафилококки принадлежат семейству:

- Bacteroidaceae;
- Neisseriaceae;
- Pseudomonadaceae;
- Micrococccaceae;
- Enterobacteriaceae.

17. Стафилококки могут вызывать:

- Только заболевания носоглотки;
- Только нагноения ран;
- Гнойно-воспалительные поражения любых органов и тканей;
- Только септические процессы.

18. Укажите факторы патогенности стафилококков:

- Наличие микрокапсулы;
- Наличие спор;
- Наличие коагулазы;
- Наличие каталазы;
- Наличие бета-лактамазы.

19. Стафилококки являются представителями нормофлоры следующих биотопов:

- Кожа;
- Легкие;
- Носовая полость;
- Мочеточники.

20. Среди представителей псевдомонад наиболее часто вызывают внутрибольничные инфекции:

- P. maltophilia*;
- P. fluorescens*;
- P. aeruginosa*;
- P. maltophilia*.

Письменное задание для самостоятельной работы во внеучебное время

Заполните таблицу.

Условно-патогенные микроорганизмы, возбудители оппортунистических инфекций

Анаэробные микроорганизмы	Грамположительные	Палочки	
		Кокки	
	Грамотрицательные	Палочки	
		Кокки	
Факультативно-анаэробные микроорганизмы	Грамположительные	Палочки	
		Кокки	
	Грамотрицательные	Палочки	
		Кокки	

Вопросы для подготовки:

1. Понятия «постоянная (аутохтонная) и транзитная (аллохтонная) микрофлора», «условно-патогенный микроорганизм», «оппортунистическая инфекция». Факторы, способствующие развитию оппортунистической инфекции.
2. Основные виды УПБ, возбудителей оппортунистических инфекций, факторы патогенности УПБ (факторы колонизации, вирулентности и персистенции).
3. Этиология, патогенез, особенности клинической картины, лабораторной диагностики оппортунистических болезней. Лабораторная диагностика моно- и смешанных инфекций при оппортунистических заболеваниях.
4. Основные направления профилактики и лечения оппортунистических инфекций.
5. Определяющие критерии госпитальных инфекций. Актуальность госпитальных инфекций для стационаров разного профиля. Основные клинические формы ИСОМП.
6. Характеристика госпитальных штаммов. Особенности эпидемиологии, терапии, профилактики ИСОМП.

Работа 1

ЦЕЛЬ: Овладеть навыком бактериологической диагностики инфекций мочевых путей.

ЗАДАЧА. В бактериологическую лабораторию поступили 3 образца мочи от пациентов с предварительным диагнозом «Инфекция мочевых путей». Проведите лабораторное исследование для подтверждения возможного диагноза ИМП и оцените его результат.

МЕТОДИКА (метод секторных посевов Gould)

1. Бактериологической петлей диаметром 3 мм произвести посев (30-40 штрихов) исследуемого материала (мочи) на 1-й сектор чашек Петри с питательными средами (Эндо и 5% кровяным агаром). После этого петлю прожечь и произвести 4 штриховых посева из 1-го сектора по 2-й, аналогичным образом из 2-го сектора в 3-й, и из 3-го в 4-й (см. рисунок), прожигая петлю после пересева с каждого сектора. Чашки инкубировать в термостате при 37⁰С в течение 18-24 часов.
2. Подсчитать число колоний, выросших в разных секторах. Количество бактерий в 1 мл жидкости определить по таблице.

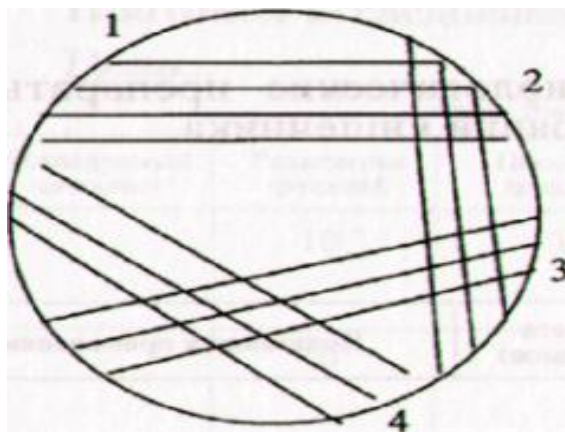


Схема посева жидкости по методу Gould

1-4 соответственно 1-4-й секторы

Расчетная таблица для определения количества бактерий в 1 мл жидкости

Количество бактерий, выросших на секторе				Количество бактерий в 1 мл жидкости
1-м	2-м	3-м	4-м	
1-6	Нет роста	Нет роста	Нет роста	1 000
8-20	» »	»»	» »	1 000
21-30	» »	» »	» »	5 000
31-60	» »	»»	» »	10 000
70-80	» »	»»	» »	50 000
100-150	5-10	»»	» »	100 000
Очень большое количество	20-30	»»	» »	500 000
То же	100-140	10-20	» »	5 000 000
»»	То же	60-80	От единичных до 25	50 000 000
»»	»»	80-140		

Протокол исследования:

I этап. Выделение чистой культуры

Исследуемый материал	Метод диагностики	Питательная среда	Характеристика колоний	Число колоний и их типов по секторам				Степень бактериурии КОЕ/мл
				1	2	3	4	
		Эндо	Лак+ (А)					

		Лак- (Б)							
		Кровяной агар	Гем+ (В)						
			Гем- (Г)						

II этап. Идентификация чистой культуры

Шаг	Морфология (рис.)	Биохимические свойства (ЭНТЕРО-тест или СТАФИ-тест)												АЛА, мкг/мл	Вид микроорганизма	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
А																
Б																

Вывод: 1. Есть ли бактериурия у данного пациента? 2. На основании каких критериев подтверждается этиологическая значимость выделенного микроорганизма?
Работа 2.

Идентификация госпитальных штаммов стафилококков.

ЦЕЛЬ: Определить диагностические критерии госпитальных штаммов для постановки диагноза ВБИ.

ЗАДАЧА. В реанимационном отделении у больного, находящегося на аппарате искусственной вентиляции легких, возникла флегмона нижней челюсти. Из очага гнойно-воспалительного заболевания от больного (штамм № 1) и с контура дыхательной аппаратуры (штамм № 2) были выделены бактерии *S. aureus*.

Установите госпитальную принадлежность штаммов стафилококков. Докажите, что флегмона у больного является случаем ВБИ.

Протокол исследования:

Исследуемый штамм	Устойчивость к АБ	Устойчивость к дезин-фектантам	Устойчивость к УФЛ	АЛА	Фаготип
Штамм №1					
Штамм №2					

Вывод: 1. По каким критериям доказан госпитальный характер штаммов стафилококков? 2. На основании чего поставлен диагноз ВБИ? 3. Кто предположительно может являться источником данной внутрибольничной инфекции?

Тема 6. Микробиология анаэробных инфекций

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Тестирование

1. Для всех анаэробов характерно:

1. Получение энергии путем субстратного фосфорилирования;
2. Наличие спор;
3. Наличие капсул;
4. Положительная окраска по Граму.

2. К анаэробным грамположительным неспорообразующим коккам относятся:

1. *P. Bacteroides*;
2. *P. Clostridium*;
3. *P. Veillonella*;
4. *P. Bifidobacterium*;
5. *P. Peptococcus*.

3. К Гр(-) анаэробным бактериям, не образующим спор, относятся:

1. *P. Bacteroides*;
2. *P. Clostridium*;
3. *P. Veillonella*;
4. *P. Bifidobacterium*.

4. К анаэробным Гр(-) коккам относятся:

1. *P. Bacteroides*;
2. *P. Clostridium*;
3. *P. Veillonella*;
4. *P. Bifidobacterium*.

5. К анаэробным Гр(+) неспорообразующим анаэробным бактериям относятся:

1. *P. Bacteroides*;
2. *P. Clostridium*;
3. *P. Veillonella*;
4. *P. Bifidobacterium*;
5. *P. Peptococcus*.

6. Укажите, для каких микроорганизмов характерно наличие спор, превышающих диаметр клетки:

1. *Bacillus anthracis*;
2. *P. Aeruginosa*;
3. *Clostridium perfringens*;
4. *Bacillus subtilis*.

7. Укажите, для каких микроорганизмов характерно наличие спор, не превышающих диаметр клетки:

1. *Bacillus anthracis*;
2. *P. aeruginosa*;
3. *Clostridium perfringens*;
4. *Bacillus subtilis*.

8. Для выращивания анаэробов применяются следующие питательные среды:

1. Среда Китта-Тароцци;
2. Среда Клингера;
3. Среда Вильсон-Блер;
4. Среда Цейслера.

9. Критериями этиологической диагностики условно-патогенных микроорганизмов являются:

1. Массивности выделения однородных микроорганизмов;
2. Нарастания титра антител к выделенному микробу в сыворотке крови больного;
3. Повторности выделения идентичных микроорганизмов;
4. Выделения микроорганизмов со среды обогащения.

10. Какие из данных микроорганизмов могут вызывать гангрену у человека:

1. Clostridium perfringens;
2. Clostridium septicum;
3. Clostridium chavoei;
4. Clostridium nonovyi;
5. Escheriacoli.

11. Источником внутрибольничной инфекции могут служить:

1. Больные, находящиеся в отделении;
2. Персонал;
3. Окружающая среда и инструментарий.

12. Для профилактики внутрибольничных инфекций используется:

1. Проведение вакцинации больных;
2. Соблюдение норм санитарно-показательных микроорганизмов для соответствующих лечебных учреждений;
3. Проведение контроля стерильности лекарственных средств, хирургического инструментария, шовного материала и др.;
4. Повышение качества медицинского обслуживания больных.

13. Патогенез столбняка в основном обусловлен:

1. Действием экзотоксина;
2. Действием эндотоксина;
3. Инвазивностью возбудителя.

14. Тризм жевательной мускулатуры и «сардоническая улыбка» являются симптомами:

1. Ботулизма;
2. Столбняка;
3. Газовой гангрены;
4. Дифтерии.

15. Изменения со стороны органов зрения (расстройство аккомодации, двоение в глазах) являются симптомами:

1. Ботулизма;
2. Столбняка;
3. Газовой гангрены;
4. Дифтерии.

16. Для специфической терапии ботулизма используют:

1. Противоботулиническую антитоксическую сыворотку;
2. Противоботулиническую антимикробную сыворотку;
3. Ботулинический анатоксин;
4. Ботулинический бактериофаг.

17. Для экстренной профилактики столбняка используют:

1. Столбнячный анатоксин;
2. Вакцину АКДС;
3. Противостолбнячную сыворотку;
4. Столбнячный бактериофаг.

19. Для заблаговременной профилактики столбняка применяют:

1. вакцину АКДС;
2. вакцину АС;
3. противостолбнячную сыворотку;
4. брюшнотифозную вакцину с секстанатоксином;
5. спиртовую брюшнотифозную вакцину с Vi антигеном.

20. Для заблаговременной профилактики газовой гангрены применяют:

1. вакцину АКДС;
2. вакцину АС;
3. противостолбнячную сыворотку;
4. брюшнотифозную вакцину с секстанатоксином;
5. спиртовую брюшнотифозную вакцину с Vi антигеном.

Письменные задания для самостоятельной работы во внеучебное время

Задание 1.

ЗАДАЧА. Пострадавшему в автомобильной катастрофе больному С., 45 лет, после оказания экстренной хирургической помощи было введено 3000 МЕ противостолбнячной антитоксической сыворотки. Вопрос о давности вакцинации против столбняка не был выяснен. Спустя два месяца он был доставлен в инфекционное отделение с диагнозом «Столбняк». В течение указанного срока никаких других травм не было.

№ п/п	Вопросы	Ответы
1.	Мог ли развиваться столбняк у данного больного в результате автокатастрофы?	
2.	Основные клинические симптомы, позволяющие поставить диагноз «столбняк»	
3.	Возможная причина развития столбняка у данного больного?	
4.	Укажите врачебные ошибки, которые могли способствовать развитию заболевания	
5.	Какой препарат используется для создания активного иммунитета против столбняка, какой иммунитет по направленности он создает и на какой срок (при однократном введении)?	

Задание 2.

Изучить препараты для специфической профилактики, терапии и диагностики анаэробных инфекций. Заполнить таблицу.

Название препарата	Состав	Показания к применению	Характер действия в организме	Единица измерения силы антитоксических сывороток
Противоботулиническая антитоксическая				

сыворотка (диагностическая)				
Противостолбнячная анитоксическая сыворотка (диагностическая)				
Противогангренозная анитоксическая сыворотка (диагностическая)				
Анатоксин столбнячный адсорбированный (АС-анатоксин)				
Секста(пента-, тетра-, три-)анатоксин				
Противостолбнячная лошадиная сыворотка (ПСС)				
Иммуноглобулин человеческий противостолбнячный (ПСЧИ)				
Сыворотки противоботулинические типов А, В, Е лошадиные очищенные				
Противогангренозная лошадиная сыворотка поливалентная				

Вопросы для подготовки:

1. Своеобразие условий заражения возбудителями столбняка, ботулизма, газовой гангрены.
2. Патогенез столбняка, газовой гангрены. Факторы вирулентности возбудителей.
3. Методы лабораторной диагностики клостридиозов.
4. Особенности иммунитета при столбняке, газовой гангрене.
5. Специфическая профилактика и лечение столбняка, ботулизма, газовой гангрены.
6. Значение неспорообразующих анаэробов в патологии человека.
7. Методы лабораторной диагностики и терапии неклостридиальных анаэробных инфекций.

Работа 1

ЦЕЛЬ: Ознакомиться с экспрессным методом обнаружения экзотоксинов возбудителей газовой гангрены в исследуемом материале.

ЗАДАЧА. В хирургическом отделении у больного развилось осложнение послеоперационной раны. Клинически была заподозрена газовая гангрена. При микроскопии раневого экссудата обнаружены крупные грамположительные палочки с закругленными концами. С учетом быстрого прогрессирования анаэробной инфекции была проведена экспресс-диагностика для обнаружения экзотоксинов в крови больного. Для этого поставлена РПГА. Изучите микропрепарат из раневого отделяемого. Учтите результат РПГА, дайте диагностическую оценку.

МЕТОДИКА. Жидкие эритроцитарные антительные диагностикумы представляют собой 1% взвесь формализированных и сенсибилизированных анитоксинами эритроцитов барана. В полистероловых пластинах готовят двукратные разведения исследуемой сыворотки в 0,9%-ном растворе хлорида натрия в объеме 0,5 мл. В каждую из лунок с разведениями сыворотки прибавляют 0,25 мл антительного диагностикума т.е. эритроцитов с адсорбированными анитоксинами к экзотоксинам соответствующих видов возбудителей газовой гангрены. Обязательными контролями являются:

1. Контроль на отсутствие спонтанной агглютинации диагностикума. Для его постановки в лунки с 0,5 мл физраствора добавляют 0,25 мл диагностикума.
 2. Контроль на отсутствие в испытуемой сыворотке агглютининов к эритроцитам барана. Для этого к 0,5 мл исследуемой сыворотки добавляют в разведении 1:100 взвесь несенсибилизированных формализированных эритроцитов барана.
 3. Контроль с положительной сывороткой для РПГА. Реакция учитывается по наличию агглютинированных эритроцитов, покрывающих дно лунки в виде «зонтика».
- Отрицательный результат учитывается в случае оседания неагглютинированных эритроцитов в виде маленького «колечка» в центре лунки.

Протокол исследования:

Микроскопический метод		РПГА						
Исследуемый материал	Микроскопия исследуемого материала (рисунок)	Диагностикумы антительные эритроцитарные	Разведение сыворотки больного					
			Цель-ная	1/2	1/4	1/8	1/16	К
		<i>Cl.perfringens</i> <i>Cl.novyi</i> <i>Cl.histoliticum</i> <i>Cl.septicum</i>						

Вывод: 1. Подтверждается ли диагноз? Если да, то каким методом и почему? 2. Является ли данная инфекция моно- или полимикробной? Ответ объясните, используя данные микроскопии и РПГА. 3. Какими экспресс-методами можно обнаружить экзотоксины в клиническом материале?

Работа 2

ЦЕЛЬ: Изучить бактериологический метод диагностики неклостридиальной анаэробной инфекции

ЗАДАЧА. Больной поступил в хирургическое отделение по поводу проникающего ранения брюшной полости. После операции на 2-е сутки развились симптомы перитонита. Для установления этиологии перитонита проведено микроскопическое и бактериологическое исследование перитонеального экссудата путем посева на питательные среды (Эндо, ЖСА, МПА). В микропрепарате из перитонеального экссудата были обнаружены грамотрицательные палочки. Роста микрофлоры на питательных средах не выявлено. Учитывая наличие клинических симптомов, характерных для неклостридиальных анаэробов, проведено повторное бактериологическое исследование экссудата для обнаружения анаэробной флоры. Учтите результат бактериологического исследования. Установите этиологию перитонита. Оформите протокол.

МЕТОДИКА. Исследуемый материал засевают на питательные среды для транспортировки анаэробов. Затем делают посев на специальную питательную среду, например Шедлер-агар, источником питательных веществ в котором являются пептоны, глюкоза, дрожжевой экстракт, а факторами роста – баранья (кроличья) кровь, гемин, витамин K₁(K₃). Культивирование осуществляется в анаэробных условиях (80% N₂, 10% H₂ и 10% CO₂).

На чашках с кровяным агаром *Bacteroides fragilis* образуют круглые с ровным краями слегка выпуклые, от просвечивающихся до полупрозрачных колоний диаметром 1-3 мм. Колонии имеют внутреннюю структуру с концентрическими кольцами, не дают гемолиза на агаре с лошадиной и кроличьей кровью. Отдельные штаммы (менее 1%) *B. fragilis* в областях сливного роста обладают бета-гемолитическими свойствами. Для предварительной идентификации чистую культуру отсевают на скошенный

агар с 20% желчью, на агар с канамицином и для проведения пробы на аэротолерантность – на кровяной агар. Ключевыми признаками бактерий группы *B.fragilis* являются способность расти в присутствии 20% содержания желчных солей и резистентность к канамицину. Далее проводят идентификацию по биохимическим свойствам (анаэротест) и определяют вид возбудителя.

Протокол исследования:

Бактериологический метод

1 этап. Выделение чистой культуры анаэробов

Исследуемый материал	Микроскопия исследуемого материала	Среда для посева	Метод создания анаэроб-ных условий	Характеристика колоний	Микроскопия колоний	Микро-скопия чистой куль-туры

2 этап. Идентификация чистой культуры анаэробов

Рост на среде с желчью	Рост на среде канамицином	Проба на аэро-толерантность	Биохимические свойства по анаэротесту								Вид микро-организма	
			ряд	1	2	3	4	5	6	7		8

Вывод: 1. Назовите этиологический фактор перитонита. 2. Чем объясняется отсутствие роста микрофлоры на питательных средах: МПА, Эндо, ЖСА? 3. Укажите возможные пути проникновения в брюшную полость возбудителя, вызвавшего перитонит у данного больного.

Тема 7. Контроль знаний модуля 2 «Клиническая микробиология».

Зачетное занятие.

Формы текущего контроля успеваемости

Тестирование (см. оценочные материалы по модулю2 «Клиническая микробиология»)

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	5 баллами 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.
	4 баллами оценивается ответ, обнаруживающий 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. Однако допускается одна-две неточности в ответе.
	3 баллами 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.
	0-2 баллами оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
Тестирование	5 баллов выставляется при условии 91-100% правильных ответов
	4 балла выставляется при условии 81-90% правильных ответов
	3 балла выставляется при условии 71-80% правильных ответов
	0-2 балла выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов.
Решение ситуационных задач	5 баллов выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	4 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	3 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	0-2 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Реферат	5 баллов выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	4 балла выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	3 балла выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	0-2 балла выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы
Практические навыки	5 баллов выставляется если обучающимся дан правильный ответ. Пояснения подробные, последовательные, грамотные, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие; выводы логичные, отражающие суть явления
	4 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ. Объяснение препарата подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	3 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ. Объяснение препарата недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	0-2 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ. Объяснение препарата дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Критерии оценивания тезисов по результатам исследования	<p>Тезисы оцениваются по пяти позициям</p> <ul style="list-style-type: none"> • Актуальность, обоснование проблемы и формулировка темы проекта (1 балл), • Согласованность целевого компонента (цель реально достижима; задачи согласуются с целью; имеется представление о результате проекта (если работа не экспериментальная, то данный элемент не обязателен)) (1 балл). • Целесообразность выбора методик исследования (инструментария) (1 балл). • Практическая значимость проекта, социальная направленность проекта (1 балл) • Оригинальность замыслов, подходов, найденных решений (1 балл) <p>Баллы суммируются.</p>

Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся

Промежуточная аттестация по дисциплине «Микробиология» проводится в форме зачета и включает собеседование по вопросам билетов устной форме.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Место микробиологии и вирусологии в современной медицине. Роль микробиологии и вирусологии в подготовке врачей-клиницистов и врачей профилактической службы. Задачи медицинской микробиологии.
2. Исторические этапы развития микробиологии. Морфологический период (А. Левенгук, Д. Самойлович, Э. Дженнер).
3. Работы Л.Пастера и его школы. Их значение в развитии общей и медицинской микробиологии. Вакцины Пастера.

- Работы Р.Коха и его школы. Их значение для медицинской микробиологии. Разработка бактериологического метода диагностики.
- Открытие И.И.Мечниковым фагоцитоза. Открытие гуморальных факторов иммунитета (П.Эрлих). Получение лечебных сывороток (Э. Беринг, Э. Ру).
- Значение микробиологии и иммунологии в подготовке врача. Связь микробиологии с другими дисциплинами.
- Организация работы и техника безопасности в бактериологической лаборатории.
- Антибиотики. Классификация. Осложнения антибиотикотерапии. Их предупреждение. Возникновение, распространение и пути преодоления лекарственной устойчивости бактерий. Роль плазмид в резистентности микробов к лекарственным препаратам.
- Внутрибольничные инфекции (ВБИ). Роль условно-патогенных микробов в инфекционной патологии человека. Свойства основных возбудителей ВБИ. Госпитальные штаммы, условия их формирования, характеристика, способы их предотвращения. Особенности микробиологической диагностики, профилактики, лечения.
- Иммунная система организма человека. Имунокомпетентные клетки, их основные функции. Понятие о межклеточной кооперации в иммуногенезе.
- Антибактериальный, антиоксидантный, противовирусный иммунитет. Понятие об иммунологической памяти, иммунологической толерантности.
- Анафилактический шок, сывороточная болезнь. Аллергические реакции гуморального (немедленного) типа. Механизмы развития, проявления. Сенсibilизация. Десенсibilизация.
- Принципы вакцинопрофилактики и вакцинотерапии. Типы вакцин, их характеристика, способы приготовления. Адьюванты. Плановые профилактические прививки.
- Серотерапия и серопрoфилактика. Гомологичные и гетерологичные сыворотки. Антиоксидантные, антибактериальные, противовирусные сыворотки. Иммуноглобулины (нормальные и направленного действия). Методы получения и способы применения. Побочные действия и методы их предупреждения.
- Этиологическая и патогенетическая роль стрептококков группы А и В в гнойно-воспалительных, респираторных инфекциях, рожистом воспалении, ангине, остром гломерулонефрите, ревматизме, сепсисе. Таксономия. Экология. Биологические свойства. Антигенное строение, серогруппы, сероварианты. Факторы патогенности: поверхностные структуры микробной клетки, токсины, ферменты патогенности. Патогенез стрептококковых инфекций. Особенности иммунитета. Вирусы гепатитов А, В, С, Д, Е, G, ТTV. Классификация, характеристика. Экология, особенности патогенеза и иммунитета. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика и терапия.
- Микозы. Экология. Биологические свойства. Роль в патологии человека. Факторы патогенности возбудителей микозов. Патогенез микозов. Особенности иммунитета. Микробиологическая диагностика.
- Шигеллы. Классификация. Свойства. Микробиологическая диагностика острой и хронической форм дизентерии. Специфическая профилактика и терапия.
- Вирус иммунодефицита человека. Классификация. Характеристика ВИЧ. Экология, особенности патогенеза и иммунитета. Лабораторная диагностика. Профилактика и терапия.
- Сальмонеллы - возбудители брюшного тифа и паратифов А, В. Классификация, свойства. Патогенез брюшного тифа. Микробиологическая диагностика заболевания и бактерионосительства. Специфическая профилактика и терапия. Сальмонеллы - возбудители сальмонеллез. Классификация, свойства. Патогенез. Микробиологическая диагностика, профилактика.
- Клебсиеллы. Классификация, свойства. Этиологическая роль при склероме, пневмонии и других заболеваниях. Роль во внутрибольничных инфекциях. Микробиологическая диагностика.
- Иерсинии. Возбудитель кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза. Классификация, свойства. Биологические особенности. Патогенность для человека и животных. Микробиологическая диагностика. Профилактика. Иерсинии. Возбудитель чумы. Классификация, свойства. Факторы патогенности. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и терапия.
- Бруцеллы. Виды бруцелл, свойства. Факторы патогенности. Патогенез, иммунитет при бруцеллезе. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и терапия.
- Возбудитель туляремии. Характеристика. Факторы патогенности. Патогенез и иммунитет при туляремии. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и терапия.
- Возбудитель сибирской язвы. Классификация, свойства. Патогенность для человека и животных. Микробиологическая диагностика различных клинических форм сибирской язвы. Специфическая профилактика и терапия.
- Гетерогенность человеческой популяции с точки зрения восприимчивости к инфекции. Понятие о патогенезе инфекционной болезни. Определение понятий дисбиоз, дисбактериоз, оппортунистическая болезнь, реинфекция, суперинфекция, микст-инфекция. Ремиссия и рецидив. Бактерионосительство.
- Серотерапия и серопрoфилактика. Гомологичные и гетерологичные сыворотки. Антиоксидантные, антибактериальные, противовирусные сыворотки. Иммуноглобулины (нормальные и направленного действия). Методы получения и способы применения. Побочные действия и методы их предупреждения.
- Трепонема сифилиса. Таксономия. Свойства. Эпидемиология и патогенез сифилиса, иммунитет. Микробиологическая диагностика. Лечение и профилактика.

1. Зачетные микропрепараты

- Стафилококк (окраска по Граму).
- Кишечная палочка (окраска по Граму).
- Стрептобацилла (окраска по Граму).
- Гонококк в гное (окраска метиленовым синим).
- Туберкулезные палочки в мокроте (окраска по Цилю-Нильсену).
- Палочка со спорой (окраска по Граму).
- Дифтерийные палочки с зернами волютинна (окраска метиленовым синим).
- Палочка с капсулой (окраска фуксином).

2. Зачетные макропрепараты

- Рост кишечных палочек на среде Эндо.
- Рост кишечных палочек и дизентерийных палочек на среде Плоскирева.
- Рост стафилококка на кровяном агаре.
- Реакция преципитации в агаре для определения токсигенности дифтерийных палочек.
- Определение фаготипов брюшнотифозных палочек.
- Цветная проба.
- Реакция связывания комплемента.
- Реакция Видала.
- Набор диагностических препаратов (диагностикумы, иммунные сыворотки, аллергены, бактериофаги).
- Набор специфических, профилактических и лечебных препаратов (вакцины, сыворотки, бактериофаги, эубиотики).
- Реакция непрямо́й (пассивной) гемагглютинации (РНГА).
- Реакция задержки гемагглютинации.
- Определение чувствительности микробов к антибиотикам методом дисков.
- Рост стафилококка на желточно-солевом агаре (лецитиназа).
- Антилизозимная активность.
- Лизозимная активность.
- ИФА.
- Среда Китта-Тароцци.
- Среда СКС.

3. Перечень лечебно-профилактических препаратов

3.1. Лечебно-профилактические сыворотки, γ -глобулины, интерферон

- Противосибирезвенный глобулин
- Сыворотка противостолбнячная
- Гаммаглобулин противокоревой
- Человеческий лейкоцитарный интерферон

3.2. Вакцины

- Живая сибирезвенная вакцина «СТИ»
- АДС-анатоксин
- Вакцина БЦЖ
- Вакцина чумная живая
- Холероген-анатоксин
- Анатоксин столбнячный

38. Вакцина полиомиелитная
39. Антирабическая вакцина
40. АКДС
41. Вакцина против гепатита В.
42. Вакцина клещевого энцефалита
43. Оспенная вакцина
44. Гриппозная вакцина
45. Холерная вакцина
46. Лептоспирозная вакцина

3.3 Лечебно-профилактические бактериофаги. Эубиотики

47. Бактериофаг брюшнотифозный
48. Бактериофаг дизентерийный
49. Колибактерин
50. Лактобактерин

4. Перечень диагностических препаратов

4.1 Диагностические сыворотки

51. Противоботулиническая диагностическая сыворотка
52. Агглютинирующая ОВ-коли сыворотка, титр 1:400
53. Бруцеллезная агглютинирующая сыворотка
54. Агглютинирующая сальмонеллезная сыворотка тифимуриум
55. Туляремийная сыворотка лошадиная меченая ФИТЦ
56. Сыворотка менингококковая агглютинирующая, группа А
57. Агглютинирующая сыворотка к шигеллам Бойда
58. Эритроцитарный антигенный диагностикум *Cl. perfringens*

4.2 Диагностикумы

59. Диагностикум из сальмонелл тифи
60. Коклюшный диагностикум
61. Бруцеллезный диагностикум
62. Диагностикум эритроцитарный из сальмонелл тифи
63. Диагностикум гриппозный эритроцитарный

4.3 Аллергены

64. Тулярин
65. Антраксин
66. Туберкулин

4.4 Диагностические бактериофаги

67. Бактериофаг чумной диагностический
68. Типовой стафилококковый бактериофаг
69. Холерный фаг классический «С»
70. Холерный фаг Эль-Тор
71. Индикаторный брюшнотифозный бактериофаг

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
направление подготовки (специальность) 31.08.67 Хирургия
дисциплина «Микробиология»

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

1. Значение микробиологии и иммунологии в подготовке врача. Связь микробиологии с другими дисциплинами.
2. Серотерапия и серопротекция. Гомологичные и гетерологичные сыворотки. Антитоксические, антибактериальные, противовирусные сыворотки. Иммуноглобулины (нормальные и направленного действия). Методы получения и способы применения. Побочные действия и методы их предупреждения.

II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1. Охарактеризовать демонстрационный препарат «Вакцина БЦЖ».

Заведующий кафедрой микробиологии,
вирусологии, иммунологии, д.б.н., доцент

Михайлова Е.А.

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации, к.м.н., доцент

Ткаченко И.В.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации

1. Учебные стенды

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и – оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций	Знать правила техники безопасности и работы в микробиологических лабораториях, с реактивами и приборами, лабораторными животными; классификацию, морфологию и физиологию микробов и вирусов, их биологические и патогенные свойства, влияние на здоровье населения; методы микробиологической диагностики, применение основных антибактериальных, противовирусных и биологических препаратов, принципы их получения и применения.	вопросы № 1-10
		Уметь пользоваться биологическим оборудованием; соблюдать технику безопасности, работать с увеличительной техникой (микроскопами, стерео- и простыми лупами), интерпретировать данные микробиологических, молекулярно-биологических и иммунологических методов; анализировать действие лекарственных средств – антибиотиков и иммунобиологических препаратов – по совокупности их свойств и возможность их использования для терапевтического лечения пациентов различного возраста.	практические задания №1-8
		Владеть способами забора материала для микробиологической диагностики; оценки данные лабораторных исследований с целью подтверждения диагноза заболевания; основными методами стерилизации, дезинфекции и антисептической обработки инструментов и оборудования во избежании инфицирования врача и пациента; навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного обследования населения; методикой интерпретации результатов микробиологического исследования, определения антимикробной активности антибиотических препаратов и микробиологически обоснованными правилами их применения для лечения больных; пользоваться биологическим оборудованием; соблюдать технику безопасности, работать с увеличительной техникой (микроскопами, стерео- и простыми лупами), анализировать действие лекарственных средств – антибиотиков и иммунобиологических препаратов – по совокупности их свойств и возможность их использования для терапевтического лечения пациентов различного возраста	собеседование по полученным результатам исследования
2	ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Знать особенности формирования процессов симбиоза организма человека с микробами, роль резидентной микрофлоры организма в развитии оппортунистических болезней; этиологию, патогенез, эпидемиологию анаэробных инфекций; условия формирования, свойства госпитальных штаммов	вопросы №11-20
		Уметь обосновывать с микробиологических позиций выбор материала для исследования при проведении диагностики инфекционных и оппортунистических заболеваний; использовать полученные знания для определения тактики антибактериальной, противовирусной и иммунотропной терапии; применить принципы экстренной профилактики и антитоксической терапии пациентов	практические задания №9-27
		Владеть способами забора материала для выделения чистых культур микроорганизмов; оценки данные лабораторных исследований с целью подтверждения диагноза заболевания; основными методами стерилизации, дезинфекции и антисептической обработки инструментов и оборудования во избежании инфицирования врача и пациента; навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного обследования населения; методикой интерпретации результатов микробиологического исследования, определения антимикробной активности антибиотических препаратов и микробиологически обоснованными правилами их применения для лечения больных	собеседование по полученным результатам исследования
3	УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать неисчерпаемость процесса познания преемственность знаний от простому к сложному; научные подходы к исследованию микробиологии и иммунологии полости рта; уровни, логику проведения научно-практического микробиологического исследования; современные подходы, принципы микробиологической антимикробной терапии.	вопросы №21-30
		Уметь использовать в лечебном процессе знание микробиологических основ; разрабатывать и научно обосновывать проблему выбора лечения, препаратов с учетом данных микробиологического исследования; использовать разнообразные методы исследования микробиологии полости рта, обосновать адекватность проводимых в стационаре и поликлинических кабинетах санитарно-гигиенических мероприятий.	практические задания №28-71
		Владеть этическими нормами и правилами осуществления	собеседование по полученным результатам исследования

	микробиологического исследования; навыками развития профессионального подхода к выбору методов лечения и средств с учетом данных микробиологического исследования; приемами клинических манипуляций, в том числе антибиотикотерапией; способами проведения санитарно-гигиенических мероприятий	
--	--	--

4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

- текущего фактического рейтинга обучающегося;
- бонусного фактического рейтинга обучающегося.

4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (максимально 5 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;
- рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно. Количество баллов рассчитывается как среднее арифметическое и складывается из:

- оценки за проверку выполнения заданий в рабочей тетради при подготовке к занятию;
- оценки за выполнение входного тестового задания;
- оценки за устный ответ на занятии;
- оценки за проверку выполнения практических заданий на занятии.

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль. Формы рубежного контроля зависят от отведенного на него времени согласно рабочей программе. Рубежный контроль в рамках практического занятия проводится в форме тестирования. Рубежный контроль в рамках отдельного занятия включает:

- устный ответ по билетам;
- оценку практических навыков или решение проблемно-ситуационных задач.

Максимальное количество баллов по результатам рубежного контроля – 5 баллов рассчитывается как среднее арифметическое по результатам прохождения контрольных точек.

Выполнение самостоятельной (внеаудиторной) работы дисциплины «Микробиология» проводится в данном семестре, согласно учебному плану. За выполнение каждого задания по самостоятельной работе обучающийся получает максимальное количество баллов – 5 в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС. Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений с расчетом среднего арифметического значения и может быть максимально 5 баллов.

4.2. Правила формирования бонусного фактического рейтинга обучающегося

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимально – 5 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате участия обучающихся в следующих видах деятельности:

- посещение всех практических занятий и лекций – 2 балла; (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);
- результаты участия в предметной олимпиаде по изучаемым дисциплинам, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое и 3-е место – 2 балла, участие – 1 балл.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга

Зачетный рейтинг – максимальное количество баллов - 30 баллов складывается из результатов результатов опроса по билету (максимально 30 баллов)

1. Опрос по билету включает:

- оценку знаний по двум теоретическим вопросам – максимальное количество баллов – 10 баллов за каждый вопрос. Максимальное количество баллов – 20 баллов. Каждый билет включает один теоретический вопрос из раздела «Общая иммунология» и один теоретический вопрос из раздела «Клиническая иммунология».

0 баллов – отказ от ответа;

2 балла – При ответе информация не соответствует вопросу в билете. Не раскрываются основные понятия вопроса. Студент не может ответить на дополнительные и наводящие вопросы. Отсутствует знание и понимание базовых представлений дисциплины.

4 балла – При ответе обнаруживается незнание основных понятий вопроса. Студент не может сформулировать определения и привести примеры. Студент не может ответить на дополнительные и наводящие вопросы. При обсуждении базовых вопросов дисциплины знания непоследовательные, поверхностные.

6 баллов – Показано общее понимание вопроса. Содержание представленного вопроса раскрыто неполно или непоследовательно. Допущены ошибки в определении понятий или использовании терминологии. Фактический материал скудный. Возникли затруднения при приведении примеров. Базовые понятия дисциплины усвоены. Возникли трудности при ответе на дополнительные вопросы.

8 баллов – Материал вопроса излагается систематизировано и последовательно. Показано знание основных понятий, фактический материал присутствует в достаточном объеме. Не все выводы и положения носят доказательный характер, не раскрываются полностью механизмы явлений. При ответе на дополнительные вопросы допущены недочеты.

10 баллов – Материал вопроса раскрыт полностью, изложен грамотно, в определенной логической последовательности. Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала, терминологии. Показано умение иллюстрировать теоретические положения фактическими примерами. Ответ самостоятельный без наводящих вопросов. Ответ на дополнительные вопросы носит характер обсуждения с применением знаний современной учебной и научной литературы.

- **оценку практических навыков и умений** – максимальное количество баллов – 5 баллов. Практические навыки и умения оцениваются с использованием макропрепаратов и специфических лечебно-профилактических и диагностических препаратов. В билете предложен план ответа, включающий основные позиции, характеризующие практический навык или умение.

0 баллов – отказ от ответа;

2 балла отсутствие представлений о препарате, его практическом применении.

4 балла – слабое представление о составе препарате, отсутствует представление о его практическом применении.

6 баллов – имеется представление о составе препарате, правильно определена группа препарата по его практическому применению.

8 баллов – имеется представление о составе препарате, правильно определена группа препарата по его практическому применению, однако ответ неполный (нет представления о сроках и дозах применения, имеются недочеты при составлении схемы диагностической реакции).

10 баллов – дан полный и правильный ответ по всем пунктам, согласно предложенному в билете плану

8. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Клиническая анатомия и оперативная хирургия»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной программе 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 **следующая компетенция:**

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

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Тема лекции. Обзорная топография шеи, груди, живота

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Значение анатомических знаний в хирургии.
2. Роль анатомической изменчивости в течении хирургической патологии и ее оперативном лечении.

Тема 1. Топографическая анатомия шеи.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топографическая анатомия поднижнечелюстного, сонного, лопаточно-трахейного треугольников шеи.
2. Топография сосудисто-нервных пучков.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Наложение внутрикожного шва
- Наложение узловых швов на кожу
- Наложение обвивных швов на фасцию

Тестовые задания

* В состав передней области шеи входят три следующих парных треугольника из перечисленных:

- Лопаточно-ключичный
- +Лопаточно-трахейный
- Лопаточно-трапециевидный
- +Поднижнечелюстной
- +Сонный

* В пределах поднижнечелюстного треугольника имеются следующие две фасции из перечисленных:

- +Поверхностная фасция
- +Собственная фасция
- Лопаточно-ключичная фасция
- Внутришейная фасция
- Предпозвоночная фасция

* В пределах сонного треугольника имеются следующие четыре фасции из +Поверхностная фасция

- +Собственная фасция
- Лопаточно-ключичная фасция
- +Париетальный листок внутришейной фасции
- Висцеральный листок внутришейной фасции
- Предпозвоночная фасция

Анестезиолог, проводя во время операции масочный эфирный наркоз, удерживает руками наркозную маску и выдвигает вперед нижнюю челюсть больного, предупреждая западение языка. Одновременно он имеет возможность следить за пульсом больного, используя наиболее удобную пульсовую точку:

В медиальной части лица выше надглазничной вырезки

В нососечной складке у медиального угла глаза

+Впереди козелка ушной раковины над скуловой дугой

У переднего края собственно жевательной мышцы

Точка пальцевого прижатия лицевой артерии находится

На 1 см ниже козелка уха

На 0,5-1,0 см ниже середины нижнего края глазницы

Позади угла нижней челюсти

+На середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы

На 1 см ниже середины скуловой дуги

У пострадавшего сильное кровотечение из глубоких отделов шеи. С целью перевязки наружной сонной артерии хирург обнажил в сонном треугольнике место деления общей сонной артерии на наружную и внутреннюю. Определите главный признак, по которому можно отличить эти артерии друг от друга:

Внутренняя сонная артерия крупнее наружной

Начало внутренней сонной артерии располагается глубже и кнаружи начала наружной

+От наружной сонной артерии отходят боковые ветви

Точка вкола иглы при проведении вагосимпатической блокады по А.В. Вишневному находится:

У заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне его середины

+У заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы в месте его пересечения с наружной яремной веной

У переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне его середины

У переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща

У больного раком нижней губы обнаружен метастаз в поднижнечелюстной слюнной железе, что явилось следствием метастазирования раковых клеток:

По выводному протоку железы

По притокам лицевой вены, в которую оттекает венозная кровь и от нижней губы, и от железы

По лимфатическим сосудам железы через лимфоузлы, расположенные около железы

+По лимфатическим сосудам в лимфоузлы, расположенные в веществе железы

При удалении поднижнечелюстной слюнной железы возможно осложнение в виде сильного кровотечения вследствие повреждения прилежащей к железе артерии:

Восходящей глоточной

+Лицевой

Подподбородочной

Язычной

Ситуационные задачи

При выборе вида трахеостомии определенное значение имеют индивидуальные и возрастные различия длины шеи, топографоанатомических взаимоотношений гортани, трахеи и щитовидной железы.

Дайте топографоанатомическое обоснование с этих позиций рекомендации производить верхнюю трахеостомию у людей с длинной шеей и нижнюю - у людей с короткой шеей? Почему у детей рекомендуется применять преимущественно нижнюю трахеостомию?

По отношению к перешейку щитовидной железы разрезы при выполнении трахеостомии подразделяются на верхний, нижний и средний. Верхний выполняется выше перешейка – между ним и перстневидным хрящом гортани, нижний – ниже перешейка, а средний – с пересечением последнего.

У людей брахиморфного типа телосложения и у детей рекомендуется выполнение нижней трахеостомии, так как трахея более доступна именно ниже перешейка железы. У взрослых людей долихоморфного и мезоморфного типов телосложения рекомендуется выполнение верхней трахеостомии, так как именно на этом уровне трахея наиболее доступна.

У больного рак нижней губы. В поднижнечелюстном треугольнике шеи прощупываются увеличенные и плотные лимфатические узлы. Во время операции удалены не только увеличенные лимфатические узлы, но и вся поднижнечелюстная слюнная железа. Почему необходимо удалять железу при такой операции? Ранение какой артерии, прилежащей сзади к поднижнечелюстной железе, может вызвать сильное кровотечение во время операции?

Удаление поднижнечелюстной слюнной железы связано с особенностями расположения поднижнечелюстных лимфатических узлов. Они расположены не только в клетчатке, окружающей железу, но и в ее паренхиме. В связи с этим, для большей абластичности целесообразно удаление железы. В ходе операции возможно повреждение лицевой артерии, располагающейся, как правило, позади железы.

У больного флегмоной шеи развился гнойный медиастинит (воспаление средостенной клетчатки). Флегмоны каких межфасциальных клетчаточных пространств шеи опасны развитием этого осложнения? Опишите анатомические пути распространения инфекции при таком развитии заболевания.

Медиастинит может располагаться как в переднем, так и в заднем средостении. Для воспаления клетчатки переднего отдела средостения характерно распространение нагноительного процесса из превисцерального, а для клетчатки заднего отдела средостения – из ретровисцерального и заглочного клетчаточных пространств шеи.

В областную больницу доставлен тяжелый больной, у которого диагностирован гнойный медиастинит как осложнение заглочного абсцесса. Вскрытие гнойника было произведено несвоевременно из-за позднего обращения больного. Опишите анатомический путь распространения инфекции в средостение.

Заглочный абсцесс располагается в заглочном пространстве, расположенном под предпозвоночной фасцией шеи. Возможно распространение нагноительного процесса через эту фасцию в позадиорганное (ретровисцеральное) клетчаточное пространство шеи и далее вниз в клетчатку заднего отдела средостения по ходу пищевода.

Инородное тело (рыбья кость), застрявшее в шейном отделе пищевода, привело к образованию пищеводно-трахейного свища. Какие топографоанатомические особенности пищевода и трахеи способствовали развитию этого осложнения?

Трахеопищеводный свищ при описанной травме может возникнуть в связи с тем, что к задней стенке трахеи достаточно близко прилегает передняя стенка пищевода. Формирование подобного осложнения может в дальнейшем привести к аспирационной пневмонии за счет попадания пищевых масс из пищевода в трахею.

Тема 2. Клиническая анатомия органов шеи.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клиническая анатомия гортани.
2. Клиническая анатомия глотки.
3. Клиническая анатомия шейного отдела трахеи.
4. Клиническая анатомия шейного отдела пищевода.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Наложение внутрикожного шва
- Наложение узловых швов на кожу
- Наложение обвивных швов на фасцию

Тестовые задания

Бифуркация общей сонной артерии чаще располагается на уровне:

Угла нижней челюсти

+Верхнего края щитовидного хряща

Подъязычной кости

Средины щитовидного хряща

Нижнего края щитовидного хряща

* Укажите два признака, характерных для наружной сонной артерии:

+Наличие отходящих ветвей

Отсутствие боковых ветвей

+Медиальное расположение

Латеральное расположение

Слабая пульсация по сравнению с внутренней сонной артерией

* Укажите два признака, характерных для внутренней сонной артерии:

Наличие отходящих ветвей

+Отсутствие боковых ветвей

Медиальное расположение

+Латеральное расположение

Слабая пульсация по сравнению с наружной сонной артерией

* Какие три утверждения из приведенных, характеризуют оперативный доступ к шейному отделу пищевода:

+Выполняется в нижнем отделе шеи слева

Выполняется в нижнем отделе шеи справа

+Разрез проводят по внутреннему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы

Разрез проводят по наружному краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы

+Обнажение пищевода осуществляют через влагалитце грудино-ключично-сосцевидной мышцы

Обнажение пищевода осуществляют через сосудисто-нервное влагалитце

Шейная часть трахеи насчитывает:

3-5 хрящевых колец

4-6 хрящевых колец

5-7 хрящевых колец

+6-8 хрящевых колец

7-9 хрящевых колец

В пределах шеи пищевод вплотную прилегает к задней стенке трахеи:

Строго по срединной линии

+Выступая несколько влево

Выступая несколько вправо

*Спереди от гортани располагаются следующие 3 анатомические образования из перечисленных:

Глотка

+Грудино-подъязычная мышца

+Грудино-щитовидная мышца

Доля щитовидной железы

Паращитовидные железы

Перешеек щитовидной железы

+Щито-подъязычная мышца

*Спереди от гортани не располагаются следующие 3 анатомические образования из перечисленных:

+Глотка

Грудино-подъязычная мышца

Грудино-щитовидная мышца

+Пищевод

+Паращитовидные железы

Щито-подъязычная мышца

Ситуационные задачи

1. При обнажении пищевода на шее применяется левосторонний доступ. Почему пищевод на шее обнажается слева? Какое положение нужно придать больному, чтобы облегчить обнажение пищевода? Какие кровеносные сосуды в нервы встретятся хирургу на пути к пищеводу?

Обнажение пищевода на шее производят слева в связи с тем, что он отклоняется на шее в левую сторону и несколько выходит из-за трахеи. При осуществлении доступа больной должен лежать на спине, а голова повернута назад и вправо. Разрез выполняют по внутреннему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. После вскрытия задней стенки ее влагалища в верхнем углу раны расположена внутренняя яремная вена, кнутри от нее расположена общая сонная артерия, между артерией и веной сзади лежит левый блуждающий нерв.

2. Инородное тело (рыбья кость), застрявшее в шейном отделе пищевода, привело к образованию пищеводно-трахейного свища. Какие топографоанатомические особенности пищевода и трахеи способствовали развитию этого осложнения?

Возникновение трахео-пищеводного свища возможно в связи с тем, что задняя стенка трахеи и передняя стенка пищевода соприкасаются друг и другом, поэтому при травме рыбьей костью может быть повреждена и задняя стенка трахеи.

Тема 3. Оперативная хирургия шеи.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Техника верхней трахеостомии

2. Техника нижней трахеостомии

3. Коникотомия

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Наложение внутрикожного шва
- Наложение узловых швов на кожу
- Наложение обвивных швов на фасцию

Тестовые задания

Выполняя нижнюю трахеостомию, хирург, проходя надгрудинное межпозвоночное пространство, должен остерегаться повреждения:

Артериальных сосудов

+Венозных сосудов

Блуждающего нерва

Диафрагмального нерва

Пищевода

^ Определите последовательность действий хирурга, выполняющего верхнюю трахеостомию, после рассечения по срединной линии кожи с подкожной клетчаткой и поверхностной фасцией:

+Рассечение белой линии шеи

+Раздвигание грудино-подъязычных и грудино-щитовидных мышц

+Рассечение париетального листка внутришейной фасции

+Отделение тупым путем и сдвигание книзу перешейка щитовидной железы

+Фиксация гортани

+Рассечение стенки трахеи

Ситуационные задачи

При выборе вида трахеостомии определенное значение имеют индивидуальные и возрастные различия длины шеи, топографоанатомических взаимоотношений гортани, трахеи и щитовидной железы.

Дайте топографоанатомическое обоснование с этих позиций рекомендации производить верхнюю трахеостомию у людей с длинной шеей и нижнюю - у людей с короткой шеей? Почему у детей рекомендуется применять преимущественно нижнюю трахеостомию?

По отношению к перешейку щитовидной железы разрезы при выполнении трахеостомии подразделяются на верхний, нижний и средний. Верхний выполняется выше перешейка – между ним и перстневидным хрящом гортани, нижний – ниже перешейка, а средний – с пересечением последнего.

У людей брахиморфного типа телосложения и у детей рекомендуется выполнение нижней трахеостомии, так как трахея более доступна именно ниже перешейка железы. У взрослых людей долихоморфного и мезоморфного типов телосложения рекомендуется выполнение верхней трахеостомии, так как именно на этом уровне трахея наиболее доступна.

Хирург, обнажая блуждающий нерв на шее, рассек переднюю стенку влагалища грудино-ключично-сосцевидной мышцы, оттянул мышцу кнаружи и обнажил влагалище сосудисто-нервного пучка шеи.

Опишите, какие действия должен выполнить хирург после вскрытия влагалища сосудисто-нервного пучка, чтобы правильно обнажить блуждающий нерв, основываясь на его топографии.

Блуждающий нерв расположен сзади от внутренней яремной вены и общей сонной артерии. Имеет собственное фиброзное влагалище, сформированное париетальным листком внутришейной фасции. Для обнажения нерва необходимо пройти между артерией и веной, вскрыв общее для этих анатомических структур фасциальный футляр.

Тема 4. Топографическая анатомия груди.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топографическая анатомия средостения.

2. Клиническая анатомия грудного отдела трахеи, главных бронхов, грудного отдела пищевода.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Наложение внутрикожного шва
- Наложение узловых швов на кожу
- Наложение обвивных швов на фасцию

Тестовые задания

^ В воротах левого легкого главный бронх и легочные сосуды располагаются сверху вниз в следующем порядке:

- +Артерия
- +Бронх
- +Вены

^ В воротах правого легкого главный бронх и легочные сосуды располагаются сверху вниз в следующем порядке:

- +Бронх
- +Артерия
- +Вены

* Выберите правильные сравнительные анатомические характеристики левого главного бронха:

- Шире, чем правый
- +Уже, чем правый
- Короче, чем правый
- +Длиннее, чем правый
- Расположен более вертикально
- +Расположен более горизонтально

* Выберите правильные сравнительные анатомические характеристики правого главного бронха:

- +Шире, чем левый
- Уже, чем левый
- +Короче, чем левый
- Длиннее, чем левый
- +Расположен более вертикально
- Расположен более горизонтально

* У ребенка вишневая косточка случайно попала в дыхательные пути, закупорив один из долевого бронхов, что привело к ателектазу доли легкого. Определите наименее вероятные положения вишневой косточки:

- +Верхнедолевой бронх левого легкого
- +Среднедолевой бронх правого легкого
- Нижнедолевой бронх правого легкого

Определите наиболее вероятное положение инородного тела при случайном вдыхании мелкого инородного тела:

- Верхнедолевой бронх левого легкого
- Среднедолевой бронх правого легкого
- Нижнедолевой бронх левого легкого
- +Нижнедолевой бронх правого легкого

Определите анатомическое образование, сдавление которого опухолью, расположенной около корня правого легкого, может привести к отеку лица и правой руки:

- +Верхняя полая вена
- Восходящая аорта
- Грудной проток
- Правая легочная артерия

Бронхиальные артерии в количестве 2-4 к каждому легкому являются ветвями:

- Внутренних грудных артерий
- +Грудного отдела аорты
- Задних межреберных артерий

Долевой бронх в разветвлении бронхов легкого является:

- Бронхом 1-го порядка
- +Бронхом 2-го порядка
- Бронхом 3-го порядка
- Бронхом 4-го порядка

Сегментарный бронх в разветвлении бронхов легкого является:

- Бронхом 1-го порядка
- Бронхом 2-го порядка
- +Бронхом 3-го порядка
- Бронхом 4-го порядка

Сегмент легкого - это участок легкого, в котором:

- Разветвляется сегментарный бронх
- +Разветвляются сегментарный бронх и ветвь легочной артерии 3-го порядка
- Разветвляются сегментарный бронх, ветвь легочной артерии 3-го порядка и формируется соответствующая вена

Количество сегментов в правом легком равно:

- 8
- 9
- +10
- 11
- 12

Количество сегментов в левом легком чаще равно:

- 8
- +9
- 10
- 11
- 12

Ситуационные задачи

1. У больного с прикорневым раком правого легкого развились симптомы венозного застоя в пределах головы, шеи и верхних конечностей. На сдавление или прорастание опухолью какого кровеносного сосуда указывают эти симптомы? Дайте топографоанатомическое обоснование развития такого осложнения.
На сдавление верхней полой вены, которая прилежит над бифуркацией к правой поверхности трахеи.

2. у ребенка инородное тело подало в дыхательные пути и проникло в бронх одного из легких. В бронх какого легкого и почему более вероятно попадание инородного тела?
Правый бронх опускается круче левого и является как бы продолжением трахеи. инородные тела попадают в него чаще, чем в левый.

3. В кровоснабжении легкого участвуют легочные и бронхиальные артерии. В чем состоят анатомические и функциональные различия между этими двумя видами артериальных сосудов?
Бронхиальные артерии отходят от аорты или межреберных артерий, содержат артериальную кровь и принадлежат к большому кругу. Легочные артерии содержат венозную кровь и принадлежат к малому кругу кровообращения.

4. В современной пульмонологии приобретает значение прижизненное ангиографическое исследование бронхиальных артерий, при котором рентгеноконтрастное вещество вводится в одну из бронхиальных артерий через зонд, подводимый к началу такой артерии. От какого кровеносного сосуда начинаются бронхиальные артерии и каким путем может быть проведен зонд к началу этих артерий?

Бронхиальные артерии отходят от аорты или межреберных артерий.

Тема 5. Топографическая анатомия передне-боковой брюшной стенки

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топография надчревной, области передне-боковой брюшной стенки.
2. Топография пупочной области передне-боковой брюшной стенки.
3. Топография боковой области передне-боковой брюшной стенки.
4. Топография подчревной области передне-боковой брюшной стенки.
5. Места установки троакаров при различных оперативных вмешательствах.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Наложение внутрикожного шва
- Наложение узловых швов на кожу
- Наложение обвивных швов на фасцию

Тестовые задания

Передне-боковую стенку живота при помощи горизонтальных и вертикальных линий разделяют:

На 8 областей

+На 9 областей

На 10 областей

На 11 областей

На 12 областей

Наружная косая мышца живота имеет ход волокон:

Снизу вверх и снаружи внутрь

Сверху вниз и изнутри наружу

+Сверху вниз и снаружи кнутри

Поперечный

Продольный

* В пределах пупка брюшная стенка представлена следующими слоями:

+Кожа

Подкожная клетчатка

Поверхностная фасция

+Пупочная фасция

Внутрибрюшная фасция

Предбрюшинная клетчатка

+Брюшина

+Рубцовая ткань

При выполнении продольной лапаротомии в боковой области живота при рассечении слоев брюшной стенки возможно повреждение глубоких сосудов и нервов данной области. Эти анатомические структуры расположены:

В подкожной жировой клетчатке

Между наружной и внутренней косыми мышцами

+Между внутренней косой и поперечной мышцами

Между поперечной мышцей и поперечной фасцией

В предбрюшинной клетчатке

На передне-боковую брюшную стенку желудок проецируется в следующих областях:

В левой подреберной и пупочной

+В левой подреберной и собственно надчревной

В левой и правой подреберной

В левой подреберной и левой боковой

Областью проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку является:

Правая боковая область живота

Правая подреберная область

Пупочная область

+Собственно-надчревная область

На передне-боковую брюшную стенку двенадцатиперстная кишка проецируется в следующих областях:

В правой и левой боковой

+В пупочной и собственно-надчревной

В собственно-надчревной и левой боковой

В собственно-надчревной правой боковой

В пупочной и правой боковой

Проекция поджелудочной железы на передне-боковой брюшной стенке соответствует следующим областям:

Левой подреберной и левой боковой

Пупочной и левой подреберной

+Собственно-надчревной и левой подреберной

Правой подреберной и собственно-надчревной

Пупочной и собственно-надчревной

Восходящая ободочная кишка проецируется:

В левой боковой области живота

В правой боковой и правой подреберной областях

В правой боковой и пупочной областях

В правой боковой и собственно-надчревной областях

+В правой боковой области живота

*В левой боковой области живота проецируются три из пяти перечисленных образований:

+Левый мочеточник

+Нисходящая ободочная кишка

Петли подвздошной кишки

+Петли тощей кишки

Хвост поджелудочной железы

При выполнении срединной лапаротомии:

Пупок обходят справа

+Пупок обходят слева

Пупок рассекается вдоль

Пупок рассекается поперек

Выбор стороны не имеет значения

Ситуационные задачи

Выполняя аппендэктомиию косым переменным разрезом брюшной стенки по Мак-Бурнею-Волковичу, хирург после рассечения поверхностных слоев производит разделение широких мышц живота тупым путем по направлению мышечных волокон.

Почему этот разрез называется косым переменным? В каких направлениях следует разделять каждую из широких мышц живота?

Особенности послыоного строения передней брюшной стенки в этой области заключается в том в разнонаправленном расположении фиброзных волокон апоневроза наружной косой мышцы живота, и мышечных волокон внутренней косой и поперечной мышц. Ход волокон апоневроза и нижнего сегмента внутренней косой мышцы совпадают – сверху вниз и снаружи внутрь, а поперечной мышцы - горизонтально.

Хирург выполняет продольную лапаротомию в латеральной части передне-боковой брюшной стенки.

В каком топографоанатомическом слое он должен ожидать появления крупных сегментарных кровеносных сосудов и нервов брюшной стенки? Назовите кровеносные сосуды и нервы, расположенные в этом слое.

В наружном отделе передне-боковой области живота сосудисто-нервные образования расположены между влагалищами внутренней косой и поперечных мышц. Это шесть нижних межреберных сосудисто-нервных пучков, начиная с 7-го, заканчивая 12-м (подреберным). Кроме того, в этой области проходят 4 поясничные артерии (ветви брюшной аорты).

После операции на ободочной кишке справа, выполненной вертикальным разрезом в боковой области живота, у больного появились расстройства кожной чувствительности в правой половине мезогастрия.

Объясните причину развития этого осложнения?

Подобного рода нарушение кожной чувствительности можно объяснить пересечением межреберных нервов, иннервирующих указанную область.

Хирург выполняет холецистэктомию, вскрывая брюшную полость разрезом по Федорову.

Назовите мышцы, которые должен рассечь хирург в медиальной и латеральной частях операционного разреза? Какие кровеносные сосуды и в каком топографоанатомическом слое должны быть перевязаны и пересечены при выполнении этого оперативного доступа?

Разрез по Федорову выполняется от мечевидного отростка и проводится вниз на 3-4 см по срединной линии; затем параллельно правой реберной дуге на 15-20 см. При его выполнении в вертикальной части разреза рассекается «белая линия» передней брюшной стенки, образованная сращением апоневроза наружной косой мышцы живота и поверхностного листка апоневроза внутренней косой мышцы живота. В части разреза, проведенной параллельно правой реберной дуге слева направо последовательно пересекаются волокна правой прямой мышцы живота, наружной косой мышцы, внутренней косой мышцы живота, поперечной мышцы живота.

Сосуды, которые должны быть пересечены и лигированы в ходе выполнения оперативного доступа: правые верхние надчревные артерия и вены (между задней поверхностью правой прямой мышцы и задней стенкой ее влагалища), межреберные сосуды (в слое между внутренней косой мышцей и поперечной мышцей).

При срединной лапаротомии в мезогастрии хирург, выполняя рассечение кожи и подлежащих тканей, обходит пупок слева.

Чем вызвана необходимость такого технического приема?

В пупочной области снизу вверх и изнутри наружу проходит круглая связка печени, формирующаяся на месте пупочной вены. В ряде случаев облитерация происходит не полностью. Этим и объясняется описанная выше методика средней срединной лапаротомии

Тема 6. Топографическая анатомия верхнего этажа брюшной полости

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клиническая анатомия желудка.
2. Клиническая анатомия двенадцатиперстной кишки.
3. Клиническая анатомия поджелудочной железы.
4. Клиническая анатомия печени.
5. Клиническая анатомия желчного пузыря.
6. Места установки троакаров при различных оперативных вмешательствах на этих органах.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Наложение внутрикожного шва
- Наложение узловых швов на кожу
- Наложение обвивных швов на фасцию

Тестовые задания

*К задней стенке желудка прилежат все образования, кроме:

+Левой доли печени

Задний листок париетальной брюшины

Поджелудочной железы

+Селезенки

Брюшной аорты

*К желудку спереди прилежат все образования, кроме:

Левой доли печени

+ Поперечной ободочной кишки

Правой доли печени

Передней брюшной стенки

+Тонкой кишки

Кардия желудка скелетотопически по отношению к позвоночнику определяется на уровне:

+Th11

Th12

L1

L2

#Привратник желудка скелетотопически по отношению к позвоночнику определяется на уровне:

Th11

Th12

+L1

L2

^ Определите последовательность частей двенадцатиперстной кишки, по которым проходит рентгено-контрастная масса при рентгеновском исследовании:

Верхняя часть

Нисходящая часть

Горизонтальная часть

Восходящая часть

При эндоскопическом исследовании двенадцатиперстной кишки врач обнаруживает большой дуоденальный сосочек в ее нисходящей части:

На передней стенке

На задней стенке

На латеральной стенке

+На медиальной стенке

Общий желчный проток образуется слиянием общего печеночного и пузырного протоков чаще всего:

Вблизи ворот печени

+ В печеночно-двенадцатиперстной связке

Позади верхней части двенадцатиперстной кишки

На уровне головки поджелудочной железы

Взаимное расположение в печеночно-двенадцатиперстной связке общего желчного протока, собственной печеночной артерии и воротной вены следующее:

Артерия по свободному краю связки, проток левее, вена между ними и кзади

+Проток по свободному краю связки, артерия левее, вена между ними и кзади

Вена по свободному краю связки, артерия левее, проток между ними и кзади

Проток по свободному краю связки, вена левее, артерия между ними и кзади

* При ушивании прободной язвы желудка во второй ряд швов захватывают:

Все слои

Все слои с подведением сальника на ножке

+Серозно-мышечные слои с подведением сальника на ножке

Второй ряд не накладывают

+Серозно-мышечные слои с подведением свободного лоскута сальника

* В состав печеночно-двенадцатиперстной связки входят:

+Воротная вена

Нижняя полая вена

+Общий печеночный проток

Правая желудочная артерия

+Собственная печеночная артерия

Ситуационные задачи

У больного перфорация язвы задней стенки желудка.

В какой отдел брюшной полости изливается содержимое желудка при прободной язве такой локализации? Почему при прободении такой язвы часто не выражены классические симптомы напряжения передней брюшной стенки?

При описанной ситуации содержимое желудка оказывается в сальниковой сумке. В этой ситуации отсутствуют классические симптомы раздражения париетальной брюшины передней брюшной стенки, что связано с отсутствием вовлечения ее (брюшины) в воспалительный процесс.

У больного внезапно возникла боль в эпигастриальной области, распространившаяся по всему животу и затем локализовавшаяся в правой половине гипогастрия. При обследовании этой области обнаружено напряжение мышц брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины. Поставлен диагноз острого аппендицита. На операции червеобразный отросток не изменен, у слепой кишки небольшое количество желудочного содержимого. После обнажения желудка обнаружена прободная язва желудка в области привратника. Объясните наблюдаемые симптомы, затруднившие диагностику прободной язвы желудка. Опишите анатомический путь поступления содержимого из желудка к слепой кишке.

При перфорации желудка, расположенной на его передней стенке, содержимое поступает в преджелудочную сумку, а затем по правому боковому каналу в правую подвздошную ямку. При этом в воспалительный процесс вовлекается париетальная брюшина правой половины передней брюшной стенки, что объясняет наличие болевых симптомов и напряжение мышц передней брюшной стенки.

У больного гнойный аппендицит осложнился формированием поддиафрагмального абсцесса. Опишите наиболее вероятный анатомический путь развития этого осложнения.

Формирование поддиафрагмального абсцесса может быть объяснено наличием анатомического сообщения по ходу правого бокового канала между нижним и верхним этажами брюшной полости. Правая треугольная связка печени не является абсолютной преградой для распространения в гнойного затека, что и приводит к его распространению в поддиафрагмальное пространство.

У больного с циррозом печени появились кровавая рвота и дегтеобразный стул, указывающие на желудочное кровотечение. Объясните появление этого симптома. Назовите источник кровотечения.

Венозное сплетение, расположенное в нижней части пищевода.

Выполняя операцию холецистэктомии, хирург произвел вскрытие брюшной полости и приступает к выделению желчного пузыря. Опишите действия хирурга, которые он должен предпринять для обнажения желчного пузыря, исходя из его топографо-анатомических взаимоотношений с окружающими органами. Какое значение имеют при этом различия топографии печени в виде дорсопетального и вентропетального ее положения?

Дорсопетальное положение облегчает осмотр подпеченочного пространства. Вентропетальное – затрудняет манипуляции хирурга.

Холецистэктомия может быть выполнена одним из двух способов: удалением желчного пузыря от шейки пузыря или его дна. Среди различий в технике эти двух операций существенное значение имеет последовательность выполнения трех моментов операции выделения желчного пузыря, перевязки и пересечения пузырного протока, перевязки и пересечения пузырной артерии.

Проведите сравнение указанных двух способов холецистэктомии, выделив их положительные и отрицательные стороны.

От шейки – наиболее безопасная, так как в этом случае исключается попадание камней из пузыря в протоки. Однако при наличии спаек и невозможности выделить шейку, приходится делать операцию от дна.

После операции холецистэктомии у больного развился постхолецистэктомический синдром, в основе которого лежало оставление слишком длинной культи пузырного протока.

Какие различия в уровнях слияния внепеченочных желчных протоков могут привести к такому осложнению и что должен сделать хирург, прежде чем перевязать и пересечь пузырный проток, чтобы избежать этого осложнения?

При нижнем впадении пузырного протока в общий желчный необходимо обнаружив место впадения, установить клипсу или лигатуру максимально близко к месту впадения.

Среди осложнений операции холецистэктомии встречается перевязка и пересечение вместо пузырного других протоков. Назовите внепеченочные протоки, которые могут быть пересечены вместо пузырного. Какие варианты и топографоанатомические особенности внепеченочных желчных путей необходимо учитывать, чтобы избежать такого осложнения?

правый печеночный проток, общий желчный проток, общий печеночный проток.

Тема 7. Топографическая анатомия нижнего этажа брюшной полости

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клиническая анатомия тонкой кишки.

2. Клиническая анатомия толстой кишки.

3. Места установки троакаров при различных оперативных вмешательствах на этих органах.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Наложение внутрикожного шва
- Наложение узловых швов на кожу
- Наложение обвивных швов на фасцию

Тестовые задания

Из отделов пищеварительного тракта имеет наиболее выраженную мышечную оболочку:

Пищевод

+Желудок

Двенадцатиперстная кишка

Тощая кишка

Подвздошная кишка

Толстая кишка

Стенка тонкой кишки содержит... футляров:

- 1
- +2
- 3
- 4
- 5

Из оболочек стенок пищеварительного тракта наибольшими пластическими свойствами обладает:

- Слизистая
- Подслизистая
- Мышечная
- + Серозная
- Субсерозная

*Отличить толстую кишку от тонкой можно:

- +По наличию сальниковых отростков
- По отношению к брюшине
- +По наличию вздутий на протяжении кишки
- +По наличию мышечных лент
- +По цвету

Раны полых трубчатых органов ушивают в поперечном направлении:

- Из-за удобства работы
- Для лучшей адаптации слоев
- +Во избежание сужения просвета
- В силу сложившейся традиции
- Для сохранения перистальтики

При наложении швов «держалок» обычно захватывают:

- Все футляры стенки кишки
- +Серозно-мышечный футляр
- Слизисто-подслизистый футляр
- Серозно-мышечно-подслизистый футляр
- Все слои

Признак «лысой» кишки при синдроме абсорбции определяет:

- +Атрофия кишечных ворсинок
- Поражение мышечной оболочки
- Поражение лимфоидного аппарата
- Поражение нервного аппарата

Кровоснабжение тощей кишки осуществляется за счет ветвей артерий:

- Нижней брыжеечной
- + Верхней брыжеечной
- Селезеночной
- Общей печеночной
- Левой и правой желудочно-сальниковых

Кровоснабжение подвздошной кишки осуществляется за счет ветвей артерий:

- Нижней брыжеечной
- + Верхней брыжеечной
- Селезеночной
- Общей печеночной
- Левой и правой желудочно-сальниковых

Венозный отток от тощей кишки осуществляется в систему вены:

- Нижней полой
- Верхней полой
- + Воротной
- Воротной и нижней полой
- Воротной и верхней полой

Ситуационные задачи

Положение червеобразного отростка в брюшной полости отличается значительной вариабельностью. Укажите четыре основных варианта положения червеобразного отростка и обусловленную каждым из них локализацию местных симптомов острого аппендицита.

Восходящее – симулирует клинику холецистита, нисходящее – симулирует клинику правостороннего аднексита, ретроцекальное – клинику почечной колики или пиелонефрита, поперечное – клинику левостороннего аднексита или энтероколита.

Клиническая картина острого аппендицита может быть подобна клинике острого холецистита, почечной колики, воспаления яичника, что значительно затрудняет его диагностику. Укажите, при каких вариантах положения червеобразного отростка возможна клиническая картина каждого из перечисленных заболеваний.

Острый холецистит – восходящее положение, почечная колика – ретроцекальное положение, воспаление яичника – поперечное положение.

В хирургическое отделение поступила больная 17 лет с жалобами на сильные боли в правом подреберье. В результате обследования был поставлен диагноз «острый холецистит». После лапаротомии вдоль правого края реберной дуги под печенью обнаружена слепая кишка с воспаленным червеобразным отростком. Желчный пузырь не изменен выполнена аппендэктомия.

Чем обусловлено высокое подпочечное положение слепой кишки и червеобразного отростка?

Процессом замедления роста восходящей ободочной кишки в эмбриогенезе.

Выполняя аппендэктомию, хирург после вскрытия брюшинной полости не обнаружил червеобразного отростка у слепой кишки. Каково в этом случае положение червеобразного отростка и что нужно сделать, чтобы его обнаружить? Имеет ли такой отросток собственную брыжейку?

Имеет место ретроцекальное положение отростка. Как правило, в таком положении брыжейку он не имеет.

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого 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. 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 материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
Тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов.
Решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Прием практических навыков	Оценка «Зачтено» выставляется если ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
	Оценка «Незачтено» выставляется если ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения.

Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине «Клиническая анатомия и оперативная хирургия» в форме зачета проводится в устной форме по зачетным билетам.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Результат аттестации	Критерии оценивания
Зачтено	С 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. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
	С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий 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. Однако допускается одна - две неточности в ответе. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
	С 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. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
Не зачтено	Ответ ординатора, обнаруживающий незнание изучаемого материала, 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. Ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения.

Вопросы для зачета по дисциплине

1. Роль анатомической изменчивости в течении хирургической патологии и ее лечении
2. Топографическая анатомия лопаточно-трахейного треугольника
3. Топографическая анатомия сонного треугольника
4. Топографическая анатомия подчелюстного треугольника
5. Коникотомия
6. Верхняя, средняя и нижняя трахеостомия
7. Клиническая анатомия трахеи
8. Клиническая анатомия гортани
9. Клиническая анатомия глотки
10. Клиническая анатомия пищевода
11. Клиническая анатомия бифуркации трахеи и главных бронхов
12. Топография надчревной области
13. Топография пупочной области
14. Топография подчревной области
15. Топография боковой области живота
16. Клиническая анатомия желудка
17. Клиническая анатомия двенадцатиперстной кишки
18. Клиническая анатомия печени
19. Клиническая анатомия поджелудочной железы
20. Клиническая анатомия подвздошной и тощей кишки
21. Клиническая анатомия толстой кишки

Перечень практических навыков, освоенных в процессе обучения

- Наложение узловых швов на кожу
- Наложение обвивного шва на фасцию
- Наложение микрохирургических швов – узлового, обвивного

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии им.С.С.Михайлова
Специальность: 31.08.70 Эндоскопия
дисциплина «клиническая анатомия и оперативная хирургия»

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1

1. Топография ротовой области.
2. Трахеостомия (показания, виды, техника, осложнения).

Зав.кафедрой оперативной хирургии
и клинической анатомии им.С.С.Михайлова
профессор

Чемезов С.В.

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации

Ткаченко И.В.

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-1	<p>Знать: 1. Топографию срединной области шеи. Хирургическая анатомия щитовидной железы, гортани, шейного отдела трахеи и пищевода. Коникотомия, верхняя, средняя и нижняя трахеостомия.2. Топографию средостения. Клиническую анатомию бронхов, грудного отдела трахеи, пищевода.3. Топографию передней брюшной стенки, места установки троакаров при наиболее частых операциях. 4. Топографию брюшной полости. Клиническую анатомию желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, поджелудочной железы, тонкой и толстой кишки.</p>	вопросы №№1-21
		<p>Уметь: выполнить остановку кровотечения перевязкой сосуда в ране и на протяжении выполнить коникотомию, верхнюю, среднюю и нижнюю трахеостомию</p>	<p>вопросы №№1-21</p> <p>практические навыки, освоенные в процессе обучения</p>
		<p>Владеть: Навыками работы с операционным микроскопом, общехирургическим инструментарием. наложения микрохирургического узлового и непрерывного шва.</p>	<p>вопросы №№1-21</p> <p>практические навыки, освоенные в процессе обучения</p>

9. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Анестезиология и реаниматология»

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 программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-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 - готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.

1. Подготовка и защита реферата

1. Современные шкалы операционно-анестезиологического риска и оценки тяжести состояния пациента.
2. Подготовка больного к общей анестезии.
3. Фармакодинамика и фармакокинетика современных анестетиков.
4. Фармакодинамика и фармакокинетика современных анальгетиков и мышечных релаксантов.
5. Экстренная анестезиология. Проблемы и решения.
6. Проводниковые и регионарные методы обезболивания.
7. Анестезиологическое обеспечение в акушерстве.
8. Анестезиологическое обеспечение при сопутствующей патологии.
9. Интенсивная терапия преэклампсии и эклампсии.
10. Острая дыхательная недостаточность. РДСВ. Методы интенсивной терапии.
11. МВЛ. Физиологические проблемы МВЛ. Методы и режимы МВЛ. Возможности современных респираторов.
12. Интенсивная терапия острых нарушений ритма и проводимости сердца.
13. Интенсивная терапия шоковых состояний (гиповолемического, кардиогенного, септического, анафилактического шока).
14. Интенсивная терапия острых нарушений мозгового кровообращения.
15. Интенсивная терапия острого инфаркта миокарда.
16. Современные объемзамещающие растворы. ГЭК.
17. Принципы и методы коррекции нарушений водно-электролитного обмена.
18. Принципы и методы коррекции нарушений КЩС.
19. Основы парентерального питания. Инфузионные среды для парентерального питания.
20. Методы эфферентной детоксикации.

2. Тестирование

- 001 К абсолютным показаниям перевода на ИВЛ относится:
А Уровень сознания (ШКГ) < 8 баллов
Б Бронхорея
В Астматический статус
Г Судорожный приступ
- 002 ИВЛ является продленной при длительности более:
А 7 суток
Б 6 суток
В 8 суток
Г 5 суток
- 003 К абсолютным показаниям перевода на ИВЛ относится:
А Одышка более 36 в мин
Б Бронхорея
В Астматический статус
Г Судорожный приступ
- 004 К абсолютным показаниям перевода на ИВЛ относится:
А Прогрессирующий цианоз
Б Бронхорея
В Астматический статус
Г Судорожный приступ
- 005 К абсолютным показаниям перевода на ИВЛ относится:
А ЧДД менее 8 в минуту
Б Бронхорея
В Астматический статус
Г Судорожный приступ
- 006 Рекрутмент применяется
А В первую стадию РДСВ
Б Во вторую стадию РДСВ
В В третью стадию РДСВ
Г Во вторую и третью стадию РДСВ
- 007 Инверсия инспираторно-эспираторного соотношения применяется при
А Реализации протокола «поврежденное легкое»
Б Отеке мозга
В Обструктивных состояниях
Г Отлучении от ИВЛ
- 008 Протокол «поврежденное легкое» при ИВЛ применяется
А Во вторую и третью стадию РДСВ
Б Во вторую стадию РДСВ
В В третью стадию РДСВ
Г В первую стадию РДСВ

- 009 Абсолютными показаниями для перевода на ИВЛ являются, все кроме:
 А Бронхорея
 Б Апноэ или тяжелые нарушения ритма дыхания
 В SpO₂ < 90%
 Г PaO₂ < 60 мм. Нг
 Д Выраженные нарушения сознания (сопор, кома)
- 010 Индекс оксигенации – это
 А PaO₂/fio₂
 Б Sao₂
 В Qs/Qt
 Г AaDO₂
- 011 Нормальное значение индекса оксигенации
 А Более 300
 Б 200-300 В 100-200 Г 50-100
- 012 Наиболее частым осложнением ИВЛ является
 А Вентилятор – ассоциированная пневмония
 Б ТЭЛА
 В Баротравма
 Г Волномотравма
- 013 Вентиляционная дыхательная недостаточность развивается при
 А Тяжелой ЧМТ
 Б Пневмонии
 В ТЭЛА
 Г РДСВ
- 014 Вентиляционная дыхательная недостаточность развивается при
 А Тяжелом инсульте
 Б Пневмонии
 В Пневмотораксе
 Г РДСН
- 015 Паренхиматозная дыхательная недостаточность развивается при
 А ТЭЛА
 Б Инсульте
 В Миастении
 Г Энцефалите
- 016 При обструктивных явлениях в легких инспираторно-эксираторное соотношение целесообразно
 А Уменьшать
 Б Не менять
 В Увеличивать
 Г Инверсировать
- 017 Неинвазивная ИВЛ показана при всем, кроме
 А Кома
 Б Синдром ночного апноэ
 В ХОБЛ
 Г Декомпенсация ХСН
- 018 Неинвазивная ИВЛ показана при всем, кроме
 А Острая гипоксия
 Б Синдром ночного апноэ
 В ХОБЛ
 Г Декомпенсация ХСН
- 019 Для височно-тенториального вклинения характерно
 А Анизокория, расходящееся косоглазие, птоз на стороне очага
 Б Анизокория, сходящееся косоглазие, птоз на стороне вклинения
 В Анизокория, расходящееся косоглазие
 Г Синдром Горнера
- 020 Для декортикации характерно
 А Повышение тонуса в сгибателях рук и разгибателях ног
 Б Повышение тонуса в разгибателях рук и сгибателях ног
 В Снижение тонуса в сгибателях рук и разгибателях ног
 Г Мышечная атония
- 021 Для децеребрации характерно
 А Повышение тонуса в разгибателях рук и ног
 Б Повышение тонуса в разгибателях рук и сгибателях ног
 В Снижение тонуса в сгибателях рук и разгибателях ног
 Г Мышечная атония
- 022 При проведении непрямого массажа сердца у взрослых ладони следует расположить
 А На середине грудины
 Б На нижней трети грудины
 В На верхней трети грудины
 Г В V межреберном промежутке слева
- 023 Как чередуют искусственная вентиляция легких и непрямо массаж сердца, если помощь оказывают два человека
 А 30 компрессий – 2 вдоха
 Б 2 вдоха -15 компрессий
 В 1 вдох - 5 компрессий
 Г 2 вдоха - 4 - 5 компрессии
- 024 Частота компрессий при непрямом массаже сердца

- А 100 – 120 в 1 минуту
Б 80 – 100 в 1 минуту
В 60 – 80 в 1 минуту
Г 40 – 60 в 1 минуту
- 025 Максимальная доза адреналина во время реанимации
А Не ограничена
Б 3 – 5 мг
В 5 – 10 мг
Г 10 – 15 мг
- 026 Применение амидарона показано при
А Фибрилляции желудочков
Б Асистолии
В Полной АВ блокаде
Г Электро-механической диссоциации
- 027 Когда показано проведение дефибрилляции
А При фибрилляции желудочков и пароксизмальной желудочковой тахикардии
Б При фибрилляции предсердий
В При асистолии
Г При электро-механической диссоциации и идиовентрикулярном ритме
- 028 Данное состояние не относится к числу терминальных
А Шок
Б Преагония
В Агония
Г Клиническая смерть
- 029 Данное состояние не относится к числу терминальных
А Постреанимационная болезнь
Б Преагония
В Агония
Г Клиническая смерть
- 030 У пациента на ЭКГ диагностирована фибрилляция желудочков. Первоочередным терапевтическим мероприятием должно быть
А Электрическая дефибрилляция
Б Введение адреналина
В Введение хлорида кальция
Г Введение атропина
- 031 Какой метод исследования позволяет интраоперационно определить уровень сознания:
А BIS-мониторинг
Б TOF- мониторинг
В Церебральная оксиметрия
Г ЭКГ-мониторинг
- 032 Показатель диуреза в норме у взрослого весом 70 кг:
А 70мл/час
Б 350мл/час
В 700мл/час
Г 140мл/час
- 033 К коротким миорелаксантам относится
А Листенон
Б Ардуан
В Пропофол
Г Тиопентал натрия
- 034 Критерием достаточной глубины вводного наркоза является:
А Потеря сознания с развитием сна
Б Широкие зрачки
В Снижение артериального давления
Г Остановка дыхания
- 035 Максимально допустимая общая доза тиопентала натрия в наркозе:
А 1000мг
Б 2500мг
В 500Мг
Г 100 Мг
- 036 Характерно повышение АД при вводном наркозе для следующего препарата:
А Кетамина
Б Тиопентала натрия
В Дипривана
- 037 Двигательное возбуждение, повышение АД, мышечная ригидность -симптомы, возникающие после введения:
А Кетамина
Б Дипривана
В Гексенала
- 038 Снижение АД - симптом, возникающий после введения:
А Тиопентала натрия
Б Катамина
В Диазепама
Г Атропина
- 039 Оптимальным методом обезболивания нормальных Родов является:
А Местная анестезия
Б Эпидуральная анальгезия

- В Масочный наркоз
Г Тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ
- 040 Причиной дистресса плода может быть:
А Верно всё перечисленное
Б Стимуляция родов окситоцином
В Парацервикальный блок
Г Длительная гипервентиляция матери
- 041 При лечении эклампсии не следует применять:
А Регидратацию бессолевыми растворами
Б Внутривенно сульфат магнезии
В Внутривенно фенитоин
Г Эпидуральную анестезия
- 042 Высокий блок может развиваться при
А Спинальном анестезии
Б Эпидуральной анестезии
В Проводниковой анестезии
Г Тотальной внутривенной анестезии
- 043 Закон Старлинга отражает:
А Способность сердца увеличивать силу сокращений при увеличении наполнения его камер
Б Утилизацию кислорода по отношению к производимой работе
В Отношение объема правого предсердия и частоты ритма
Г Отношение сердечного выброса и периферического сопротивления
- 044 Антагонистом наркотических анальгетиков является
А Налоксон
Б Флумазенил
В Бемегрид
Г Кордиамин
- 045 Инфузионными средами первого ряда при лечении шока являются
А Сбалансированные кристаллоиды
Б Кристаллоиды
В Коллоиды
Г Альбумин
- 046 Показанием для применения ГЭК является
А Гиповолемический шок
Б Кардиогенный шок
В Отек мозга
Г Гипергидратация
- 047 Характеристика рефрактерного шока
А Без эффекта от вазопрессоров
Б Тяжелый
В Связанный с спон
Г Связанный с одн
- 048 В основе кардиогенного шока лежит
А Острое нарушение сократительной способности миокарда
Б ОДН
В Гипокоагуляция
Г Гипопротеинемия
- 049 К дистрибутивным шокам относятся
А Анафилактический шок
Б Аритмический шок
В Кардиогенный шок
Г Болевой шок
- 050 Клинические симптомы кардиогенного шока
А Резкое снижение АД, частый нитевидный пульс
Б Лихорадка, кашель со «ржавой» мокротой
В Лихорадка, лимфаденопатия
Г Одышка, застойные хрипы при аускультации
- 051 Какие лекарственные средства используются для терапии кардиогенного шока?
А Допамин;
Б Мезатон
В Преднизолон;
Г Полиглюкин
- 052 Анафилактический шок является следствием всего, кроме
А Теплового удара
Б Укусов насекомых
В Алемментарного фактора
Г Лекарственной аллергии
- 053 Препарат первого выбора при анафилактическом шоке
А Адреналин
Б Преднизолон
В Димедрол
Г Эуфелин
- 054 Наиболее выраженный кардиодепрессивный эффект у препарата
А Бупивакаин
Б Ропивакаин

- В Новокаин
Г Лидокаин
- 055 Какие цифры систолического артериального давления характерны для шока I степени
А 80-90 мм рт.ст.+
Б 60-80 мм рт ст
В Ниже 60 мм рт. ст.
Г 120-130 мм рт.ст.
- 056 Какие цифры систолического артериального давления характерны для шока II степени
А 60-80 мм рт ст
Б Ниже 60 мм рт. ст.
В 80-90 мм рт.ст.
Г 120-130 мм рт.ст.
- 057 Какие цифры систолического артериального давления характерны для шока III степени
А Ниже 60 мм рт. ст
Б 60-80 мм рт ст
В 80-90 мм рт.ст.
Г 120-130 мм рт.ст.
- 058 Максимальное действие кетамина после внутривенного введения наступает через
А 60 с
Б 70 с
В 80 с
Г 90-100 с
- 059 При тяжелой закрытой ЧМТ:
А ВЧД зависит от артериального кровяного давления
Б повышение ВЧД прямо пропорционально приложенному РЕЕР
В фиксированные дилатированные зрачки всегда указывают на тяжелую травму мозга
Г лечение включает гипервентиляцию с PaCO_2 3,0 kPa (23 mm Hg)
- 060 Повышенное PaCO_2 можно ожидать при
А массивной легочной эмболии
Б диабетическом кетоацидозе
В уремической рвоте
Г спонтанном пневмотораксе
- 061 Гиповентиляционный синдром при ожирении характеризуется патологическими нарушениями, включающими снижение
А податливости (compliance) легких-грудной клетки
Б концентрации бикарбоната плазмы
В резистентности воздушных путей
Г работы дыхания
- 062 Ведущим синдромом при отравлении бледной поганкой является:
А острая печеночная недостаточность
Б отек легких
В острая почечная недостаточность
Г судорожный синдром
- 063 При развитии гипокарбии во время ИВЛ следует в первую очередь:
А уменьшить частоту дыхания
Б уменьшить давление на вдохе
В уменьшить давление на выдохе
Г отменить назначение седативных препаратов
- 064 Опииды:
А не влияют на мозговой кровоток
Б снижают мозговой кровоток и внутричерепное давление
В увеличивают потребление кислорода головным мозгом
Г вызывают значительные изменения на ЭЭГ
- 065 Для состояния гиповолемии не характерно:
А повышение ЦВД
Б снижение АД, тахикардия
В уменьшение ударного объема и сердечного выброса (УО и СВ)
Г уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК)
- 066 На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении:
А на черепно-мозговую травму
Б на переломы таза
В на переломы бедра
Г на компрессионные переломы позвоночника
- 067 Противопоказанием к проведению форсированного диуреза является
А экзотоксический шок
Б гемолиз
В коматозное состояние
Г противопоказаний нет
- 068 Следующие вещества являются антиконвульсантами:
А мидазолам
Б суксаметоний
В нифедипин
Г атракуриум
- 069 Атропин применяется как антидот при отравлении
А ФОС
Б амитриптилином

- В инсулином
Г этиленгликолем, метиловым спиртом
- 070 Гиповентиляционный синдром при ожирении характеризуется патологическими нарушениями, включающими снижение
А податливости (compliance) легких-грудной клетки
Б концентрации бикарбоната плазмы
В резистентности воздушных путей
Г работы дыхания
- 071 Гормоном коры надпочечников, в значительной степени не зависящим от влияния гипофиза, является
А альдостерон
Б АКПГ
В гидрокортизон
Г кортизон
- 072 Периоперативная олигурия бывает из-за
А высвобождения АДГ
Б стимуляции освобождения альдостерона
В гистаминового эффекта
Г специфического эффекта анестезии на почечные канальцы
- 073 Для тиреотоксического криза не характерно:
А бронхоспазм
Б ощущение жара в теле
В абдоминальные боли
Г аритмия
- 074 Показаниями к электрокардиоверсии являются
А желудочковая тахикардия
Б узловая брадикардия
В синусовая тахикардия
Г электро-механическая диссоциация
- 075 Для проявлений тяжелого диабетического кетоза не характерно
А увеличение анионной разницы (anion gap)
Б увеличение сывороточной концентрации калия
В кетонурия
Г гипервентиляция
- 076 Положительное давление в конце выдоха (PEEP) уменьшает
А внутригрудной объем крови
Б PaCO₂
В функциональную остаточную емкость
Г внутричерепное давление
- 077 Левожелудочковая недостаточность может быть вызвана:
А перегрузкой объемом крови
Б недостаточным притоком крови к сердцу
В гиповолюмией
- 078 Тромбоцитопения может наступить:
А при ДВС-синдроме в стадии коагулопатии потребления
Б при значительной гепаринемии
В при травмах с размождением мышц
- 079 У экстренного больного с выраженной гиповолюмией анестетиком выбора может быть:
А кетамин Бфторотан
В барбитураты
- 080 Нормальный уровень натрия плазмы крови
А 130-155 ммоль/л
Б 120-145 ммоль/л В 160-175 ммоль/л Г 150-175 ммоль/л
- 081 Нормальный уровень кальция плазмы крови
А 2,1-2,9 ммоль/л
Б 1,20-1,4 ммоль/л
В 1,60-1,7 ммоль/л
Г 3,0-3,7 ммоль/л
- 082 Нормальный уровень калия плазмы крови
А 3,2-5,5 ммоль/л
Б 3,5-4,9 ммоль/л
В 5,4-6,9 ммоль/л
Г 2,1-4,4 ммоль/л
- 083 Нормальный уровень осмолярности плазмы крови
А 280-295 мосмоль/л
Б 260-275 мосмоль/л
В 250-265 мосмоль/л
Г 270-285 мосмоль/л
- 084 Нормальный уровень расо₂
А 35-45 мм. Рт.ст.
Б 30-40 мм рт. Ст.
В 32-42 мм рт. Ст.
Г 40-50 мм рт. Ст.
- 085 Нормальный уровень рао₂
А 80-95 мм. Рт.ст.
Б 60-80 мм рт. Ст.

- В 72-100 мм рт. Ст.
Г 40-50 мм рт. Ст.
- 086 Нормальный уровень рН артериальной крови
А 7,35-7,45
Б 7,30-7,50
В 7,4-7,5
Г 7,6-7,7
- 087 Наиболее частые причины метаболического ацидоза
А Декомпенсация сахарного диабета, инфекционные процессы
Б Гипоксия
В Гипервентиляция
Г Нарушение технологии ИВЛ
- 088 Наиболее частые причины респираторного ацидоза
А Гипоксия, гипоксемия различной этиологии
Б Кетоацидоз, лактоацидоз
В Гипервентиляция
Г Нарушения технологии ИВЛ
- 089 Наиболее частые причины метаболического алкалоза
А Рвота, отравления щелочами
Б Кетоацидоз, лактоацидоз
В Нарушение технологии ИВЛ
Г Гипоксия
- 090 Наиболее частые причины респираторного алкалоза
А Гипервентиляция
Б Кетоацидоз, лактоацидоз
В Нарушение технологии ИВЛ
Г Гипоксия
- 091 При центральном соль-теряющем синдроме необходимо
А Усилить инфузионную терапию
Б Уменьшить инфузионную терапию
В Применить фуросемид
Г Применить осмодиуретики
- 092 При синдроме неадекватной секреции АДГ необходимо
А Уменьшить ОЦК
Б Усилить инфузионную терапию
В Применить фуросемид
Г Применить осмодиуретики
- 093 При синдроме несахарного диабета необходимо
А Корректировать явления дегидратации
Б Усилить инфузионную терапию
В Инфузии инсулина
Г Применение осмодиуретиков
- 094 К ЭКГ признакам гиперкалиемии относятся
А Высокий заостренный зубец Т с нормальным интервалом QT и снижение амплитуды зубца Р с удлинением интервала PQ
Б Высокий заостренный зубец Т с удлинением интервала QT и снижение амплитуды зубца Р с удлинением интервала PQ
В Снижение амплитуды зубца Р с удлинением интервала PQ Г Увеличение амплитуды зубца Р с удлинением интервала PQ
- 095 Наиболее точным методом определения ОЦК является
А Транспульманальная термодиллюция
Б Определение ЦВД
В Определение гематокрита
Г Реография
- 096 Какие разновидности вклинения мозга существуют?
А 1. Височно-тенториальное, мозжечковое, центральное, лобное
Б 2. Височно-тенториальное, мозжечковое, центральное
В 3. Височно-тенториальное, мозжечковое, лобное
Г 4. Височно-тенториальное, центральное, лобное
- 097 Показания к госпитализации в отделение реанимации оп-ределяет
А Заведующий отделением реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач
Б Зам. Главного врача по лечебной части
В Профильный дежурный специалист приемного отделения
Г Главный врач больницы
- 098 Центральное венозное давление (цвд) является показателем
А Степени сосудистого заполнения при гиповолемии и сократительной способности правого желудочка
Б Сократительной способности правого желудочка
В Объема крови
Г Венозного тонуса
- 099 К признакам острой тампонады сердца относится
А Набухание шейных вен
Б Брадикардия
В Массивный асцит
Г Анасарка
- 100 Во время сердечно-легочной реанимации
А Соотношение массажа сердца и ИВЛ составляет 30:2
Б Внутрисердечно вводится кальция хлорид
В Прекардиальный удар проводится при любом виде остановки кровообращения

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1. «Анестезиология и реаниматология»

Тема 1. «Современные методы общего обезболивания в медицине. Реаниматология – наука о преодолении терминальных состояний»

Формы текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного ответа:

1. Определение боли. Физиология ноцицептивной и антиноцицептивной систем.
2. Определение анестезии, анальгезии, седации. Клинические признаки данных состояний. Классификация анестезий.
3. Определение и методы ингаляционной общей анестезии. Преимущества, недостатки, осложнения.
4. Определение и методы неингаляционной общей анестезии. Преимущества, недостатки, осложнения.
5. Определение и методы местной анестезии (терминальной, инфильтрационной, проводниковой, паравerteбральной, эпидуральной, спинальной). Преимущества, недостатки, осложнения.
6. Определение понятий критические и терминальные состояния, интенсивная терапия и реанимация при них.
7. История развития реанимационных мероприятий. Роль отечественных ученых в развитии реаниматологии.

Модуль 1. «Анестезиология и реаниматология»

Тема 2. «Терминальные состояния. Сердечно-легочно-мозговая реанимация у взрослых»

Формы текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного ответа:

1. Диагностика терминальных состояний. Клиника и периоды терминального состояния. Сердечно-легочно-мозговая реанимация.
2. Классическая схема реанимации по П. Сафару. Российский протокол СЛМР (2004 г.), современные принципы проведения СЛМР (2015 г.).
3. Массаж сердца (прямой (открытый), непрямой (закрытый)). Реанимация при оказании помощи одним и двумя реаниматорами. Показатели эффективности реанимации.
4. Электроимпульсная, медикаментозная и инфузионная терапия. Методы контроля за состоянием жизненно важных органов и систем организма при проведении реанимации.
5. Постреанимационная болезнь. Определение понятия Этапы развития. Мониторинг. Основные задачи и элементы лечебной программы постреанимационной интенсивной терапии, мониторинга и ухода.

Модуль 1. «Анестезиология и реаниматология»

Тема 3. «Синдром шока. Патогенез. Классификация, интенсивная терапия»

Формы текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного ответа:

1. Понятие о шоке, определение понятия. Классификация. Механизм развития основных видов шока. Виды шока, формы шока. Шок в контексте синдрома полиорганной недостаточности. Мониторинг у пациентов в шоках различного генеза.
2. Травматический шок. Причины. Механизмы развития. Неотложная помощь при травматическом шоке.
3. Геморрагический шок. Причины. Механизмы развития. Неотложная помощь при геморрагическом шоке.
4. Анафилактический шок. Причины. Механизмы развития. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
5. Инфекционно-токсический шок. Причины. Механизмы развития. Сепсис как ведущее патологическое состояние. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке.
6. Истинный кардиогенный шок. Причины. Механизмы развития. ОКС. ОИМ. Неотложная помощь в контексте современных подходов лечения ОКС. Аритмический шок. Причины. Механизмы развития. Неотложная помощь при аритмическом шоке.

Модуль 1. «Анестезиология и реаниматология»

Тема 4. «Острая массивная кровопотеря. Интенсивная терапия»

Формы текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного ответа:

1. Понятие массивной кровопотери. Мониторинг основных жизненных показателей пациента при подозрении на кровопотерю. Лабораторные показатели. Классификация кровотечений (по направлению тока крови, поврежденному сосуду, по степени тяжести).
2. Особенности обезболивания при массивных кровопотерях. Варианты выбора метода обезболивания при острой массивной кровопотери.
3. Геморрагический шок. Понятие. Интенсивная терапия.
4. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии геморрагического шока у больных с повреждением печени и селезенки.

Модуль 1. «Анестезиология и реаниматология»

Тема 5. «СПОН. Сепсис. Интенсивная и заместительная терапия»

Формы текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного ответа:

1. Этиология септических состояний. Современные представления о резистентности микроорганизмов.
2. Патогенез сепсиса. Стадии развития. Патогенез СПОН. 3. Сепсис и СПОН в хирургической и акушерской практике
3. Интенсивная терапия сепсиса и СПОН. Мониторинг. Современные шкалы для оценки тяжести и прогнозирования исхода острого сепсиса и СПОН (SOFA, APACHE II, SAPS II).
4. Особенности интенсивной терапии и инфузионно-трансфузионной терапии септического шока.

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого 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. 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.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, 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	Оценкой "ОТЛИЧНО" выставляется, если обучающийся правильно произвел все элементы данного практического навыка в правильной последовательности.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающийся воспроизвел принципиально важные элементы данного практического навыка в правильной последовательности, допускается изменение порядка действий, не отразившееся на результате.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающийся пропустил некоторые элементы навыка или незначительно нарушил порядок выполнения.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся пропустил принципиально важные элементы навыка, или значительно нарушил порядок выполнения, или не завершил выполнение навыка.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов.
Решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Защита реферата	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объем, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы

3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам в устной форме с предварительной подготовкой тезисов ответа.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

11-15 баллов. Глубоко и точно усвоил программный материал, четко и логически его излагает, правильно обосновывает принятое решение. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов.

6-10 баллов. Глубоко и точно усвоил программный материал, но недостаточно четко и логически его излагает, не полностью обосновывает принятое решение. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер.

3-5 баллов. Неглубоко усвоил материал, не четко его излагает, затрудняется в принятии решения. Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами

-2 балла. Не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, не может принять правильного решения. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют.

Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом: $R_d = R_t + R_6 + R_3$, где

R_d - дисциплинарный рейтинг; R_t - текущий рейтинг;

R_6 - бонусный рейтинг;

R_3 - экзаменационный рейтинг

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Принципы организации анестезиолого-реанимационной службы: Пр. № 841(1986), Пр. № 25(1999).
2. Правовые вопросы анестезиолого-реанимационной службы (ст.172 УК РФ -халатность, преступная небрежность). Пр. № 541, Пр. № 363 от 25.11.2002 (инструкция по переливанию крови).
3. Асептика и антисептика. Принципы и методы декантомии наркозно-дыхательной аппаратуры. Пр.№ 720.
4. Боль. Теории боли. Ноцицепция и антиноцицепция (периферическая и центральная гипералгезия).
5. Степени операционно-анестезиологического риска. Шкала МНОАР. Шкала ASA.
6. Мониторный контроль. Виды. Задачи. Контроль адекватности анестезии.
7. Современные компоненты общей и регионарной анестезии.
8. Виды премедикации. Цель и задачи. Оценка эффективности.
9. Эпидуральная анестезия. Методика, показания и противопоказания. Осложнения.
10. Спинномозговая анестезия. Методика, показания и противопоказания. Осложнения.
11. Классификация осложнений анестезиологического пособия. Экспертная оценка.
12. Ошибки и осложнения общей и регионарной анестезии (Гр. А, Гр В) на этапах обезболивания.
13. Характеристика современных внутривенных анестетиков и транквилизаторов.
14. Характеристика современных анальгетиков. Классификация. Фармакокинетика и фармакодинамика.
15. Оценка интенсивности боли. Мультиmodalный подход к послеоперационному обезболиванию.
16. Мышечные релаксанты. Механизм действия. Осложнения. Профилактика.
17. Искусственная артериальная гипотония. Методика. Показания и противопоказания. Фармакодинамика ганглиоблокаторов и периферических вазодилаторов. Осложнения и их профилактика.
18. Тотальная внутривенная анестезия. Методики. Вероятные осложнения.
19. Особенности экстренной анестезии. Тактика врача анестезиолога. Осложнения.
20. Особенности анестезиологического пособия при черепно-мозговой травме. Осложнения.
21. Особенности анестезии при эндоскопических оперативных вмешательствах. Осложнения.
22. Особенности анестезии в абдоминальной хирургии. Выбор анестезии. Мониторинг. Тактика врача.
23. Особенности анестезии в торакальной хирургии. Выбор анестезии. Мониторинг. Тактика врача.
24. Особенности анестезии в травматологии и ортопедии. Выбор анестезии. Мониторинг. Тактика врача.
25. Особенности обезболивания у детей и лиц пожилого возраста.
26. Особенности анестезии у больных с нарушением ритма сердца и проводимости.
27. Особенности обезболивания у больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом, бронхиальной астмой.
28. Амбулаторная анестезия. Принципы организации работы службы анестезиологии--реанимации в условиях «хирургии одного дня».
29. Физиологические изменения в организме при беременности. Фармакодинамика анестетиков с позиций плацентарной проницаемости.
30. Особенности анестезии в плановом акушерстве и гинекологии (кесарево сечение, обезболивание неосложненных родов, малые гинекологические вмешательства).
31. Анестезиолого-реанимационное обеспечение преэклампсии и эклампсии.
32. Современные подходы к сердечно-легочной и мозговой реанимации. Первичный (А, В, С,) и расширенный (D) реанимационные комплексы. Принцип ранней дефибриляции.
33. Юридические аспекты реанимационных мероприятий. Пр.№73 от 4.03.2003 Понятие смерти мозга, основы диагностики. Пр. №460 от 20.12.2001.
34. Постреанимационная болезнь. Стадии. Этиология. Апатический синдром. Принципы лечения больных.
35. Понятие «трудной интубации трахеи». Методы обеспечения проходимости дыхательных путей в анестезиологии.
36. Шок с точки зрения анестезиолога-реаниматолога.
37. Кардиогенный шок. Патогенез, клиника, интенсивная терапия.
38. Анафилактический шок. Патогенез. Клиника. Интенсивная терапия.
39. Геморрагический шок. Классификация степени кровопотери. Патогенез, клиника, интенсивная терапия.
40. Сепсис. Септический шок. Патогенез, диагностика, интенсивная терапия.
41. Интенсивная терапия нарушений ритма и проводимости сердца.
42. Электроимпульсная терапия и кардиостимуляция. Показания, противопоказания. Основы методик, вероятные осложнения.
43. ОДН. Синдром острого повреждения легких. Респираторный дистресс-синдром взрослых. Патогенез, клиника, интенсивная терапия.
44. Продленная ИВЛ. Показания. Опасности и осложнения. Вентилятор-ассоциированные пневмонии.
45. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика. Принципы интенсивной терапии. Профилактика.
46. ОДН. Отек легких. Патогенез. Клиника. Интенсивная терапия.
47. ОДН. Астматический статус. Клиника. Интенсивная терапия.
48. Гипербарическая оксигенация. Механизм действия. Показания и противопоказания в реаниматологии.
49. Водно-электролитный гомеостаз. Принципы интраоперационной и послеоперационной инфузионно-трансфузионной терапии.
50. Интенсивная терапия нарушений водно-электролитного (дегидратация, гипергидратация) и белкового (гипоонкия) обменов в реаниматологии.
51. Коллоидные и кристаллоидные растворы. Классификация, фармакологические особенности, показания к использованию.
52. Синдром массивных гемотрансфузий. Патогенез, диагностика, интенсивная терапия.
53. Интенсивная терапия трансфузионного шока при переливании несовместимой крови.
54. Комы. Классификация ком. Определение степени утраты сознания по шкале Глазго. Принципы интенсивной терапии.
55. Протокол оказания помощи больным с ЧМТ.
56. Диабетические комы. Диагностика, классификация, интенсивная терапия.
57. Кислотно-щелочное равновесие. Виды нарушений. Принципы диагностики и коррекции.
58. ДВС-синдром. Этиология, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
59. Синдром Мендельсона в практике анестезиолога-реаниматолога. Клиника. Профилактика. Интенсивная терапия.
60. Острая почечная недостаточность. Клиника. Диагностика. Интенсивная терапия.
61. Острая печеночная недостаточность. Клиника. Диагностика. Интенсивная терапия.
62. Эндотоксикоз. Современные методы экстракорпоральной детоксикации.
63. Общие принципы интенсивной терапии экзогенных отравлений. ИТ отравлений седативными и наркосодержащими препаратами.
64. Интенсивная терапия острых отравлений: ФОС, алкоголем и его суррогатами, угарным газом, уксусной эссенцией.
65. Нутритивная поддержка в интенсивной терапии.
66. Техника безопасности в операционной.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

1.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

- Больной С. 76 лет поступил в БИТР сосудистого центра с жалобами на головную боль, слабость в левых конечностях и нарушение речи.

Анамнез заболевания: Заболел остро, сегодня около четырех часов назад, когда внезапно появилась слабость в левых конечностях, нарушилась речь. БСМП доставлен в сосудистый центр, выполнена КТ головного мозга: выявлена медиальная внутримозговая гематома в правой гемисфере головного мозга объемом 120 куб см и смещением срединных структур мозга на 4 мм. Осмотрен нейрохирургом. Принято решение о консервативном ведении пациента. Госпитализирован в БРИТ.

Анамнез жизни: Туберкулез, вирусные гепатиты, вен. заболевания отрицает. Лекарственной аллергии, непереносимости не отмечалось. АД не измерял. Злоупотребляет алкоголем.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Оглушенность (ШКГ 11 баллов). Речевому контакту доступен ограниченно. Нормостенического телосложения. Пониженного питания. Лицо гиперемировано. Доступные пальпации л/узлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в 1 мин. SpO2 97%. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 170/100 мм рт. ст. ЧСС= 94 в 1 мин. Пульс=94 уд. в мин. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Отеков на ногах нет. Температура тела 36,7°C.

Неврологический статус: Глазные щели и зрачки D=S. Глазодвижения достаточные. Нистагма, диплопии нет. Фотореакции, корнеальные рефлексы сохранены. Пальпация тригеминальных точек безболезненна с 2-х сторон. Глодает. Дизартрия. Функциональные пробы выявляют левосторонний глубокий гемипарез со снижением мышечной силы до I го балла. Сухожильные рефлексы S<D с рук и с ног. Мышечный тонус в конечностях S<D. Показывает левостороннюю гемипестезию. (+) с-м Бабинского слева. Менингеальных знаков нет.

Несмотря на проводимую терапию, состояние пациента прогрессивно ухудшалось. Нарастала общемозговая симптоматика: через 3 часа больной в коме I ст., (ШКГ - 7 баллов), гемодинамика стабильная, дыхательных нарушений нет.

1. Сформулировать синдромальный диагноз

Прогрессирующая острая церебральная недостаточность тяжелой степени с переходом в крайне тяжелую степень на фоне спонтанного внутримозгового кровоизлияния в +правой гемисфере головного мозга. Отек головного мозга. Нарушение уровня бодрствования оглушенность с переходом в сопор и кому.

2. Перечислить патогенетические механизмы прогрессирования ОЦН. 1. Увеличение ВЧД за счет дополнительного внутричерепного объема.

2. Ликвородинамические нарушения. 3. Развитие отека головного мозга. 4. Вторичная ишемия. 5. Элементы дислокации мозгового ствола

3. Изложить основные направления интенсивной терапии ОЦН Основные принципы интенсивной терапии для данной клинической ситуации:

1. Борьба в внутричерепной гипертензией и отеком мозга.

2. Мониторинг ВЧД

3. Интубация трахеи. ИВЛ

4. Мониторинг и коррекция нарушений гомеостаза

5. Нутритивная поддержка

6. Ранняя реабилитация и профилактика осложнений

2. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная К, 70 лет. Анамнез заболевания: Заболела остро, 2,5 часа назад, когда внезапно ослабели левые конечности, перестала разговаривать, глотать. Вызывали БСМП, выполнена КТ головного мозга, госпитализирована в БИТР.

Анамнез жизни В анамнезе артериальная гипертензия, гипотензивные принимает регулярно. Также в анамнезе МКБ, коралловые камни почек. Туберкулез, вирусные гепатиты, вен. заболевания не переносил. Лекарственной аллергии, непереносимости не отмечалось.

Объективно: Общее состояние тяжелое. В сознании. Речевому контакту недоступна: не говорит, инструкции не выполняет. Астенического телосложения. Пониженного питания. Кожный покров бледный, сухой, тургор кожи снижен. Доступные пальпации л/узлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, ослабленное с 2-х сторон, хрипы не выслушиваются, ЧДД 20 в мин. SpO2 96%. Сердечные тоны приглушены, аритмичные, АД 160/90 мм рт. ст. ЧСС= 84 в 1 мин. Пульс= 76 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Отеков на ногах нет. Температура тела 36,6°C. Мочиспускание произвольное.

Неврологический статус: Глазные щели D=S, зрачки D=S. Глазодвижения не ограничены. Нистагма нет. Фотореакции сохранены. Ниже левый угол рта. Язык в ротовой полости, по просьбе не показывает. Не говорит. Глоточные рефлексы снижены с 2-х сторон. Активных движений в левых конечностях нет, мышечный тонус в них низкий. Сухожильные рефлексы с рук и с ног S<D. Чувствительность объективизировать не удается. (+) С-м Бабинского слева. Менингеальных знаков нет. Сформулировать клинический диагноз

Диагноз: Ишемический инсульт (кардиоэмболический подтип) с формированием инфаркта головного мозга в бассейне правой средней мозговой артерии на фоне артериальной гипертензии, церебрального атеросклероза, мерцательной аритмии. Левосторонняя гемиплегия. NIH 15 баллов.

Фон.: ИБС. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. Атеросклероз аорты. СН IIa ст. ФК III. Артериальная гипертензия. 3 ст. III ст. ОВР.

Соп.: МКБ. Хронический пиелонефрит. Коралловидные камни почек. **Возможно ли проведение тромболитической терапии?** Противопоказаний для проведения системного тромболитика нет. **Изложить протокол мониторинга после системного тромболитика**

1. Оценивать витальные функции (частоту пульса и дыхания, сатурацию крови кислородом, температуру тела) и неврологический статус с оценкой по шкале NIHSS каждые 15 минут в процессе введения альтеплазы, каждые 30 минут в последующие 6 часов и каждый час до истечения 24 часов после введения препарата.

2. Контролировать АД каждые 15 минут в первые 2 часа, каждые 30 минут последующие 6 часов и каждый час до истечения 24 часов после введения препарата.

3. Измерять АД каждые 3-5 минут при систолическом АД выше 180 мм.рт.ст. или диастолическом выше 105 мм.рт.ст. и назначить антигипертензивные препараты для поддержания его ниже этих пределов.

4. Контролировать и корректировать уровень глюкозы на рекомендуемом уровне.

5. Воздержаться от использования назогастральных зондов, мочевого, внутрисосудистых катетеров в первые сутки после ТЛТ (при необходимости установка их до ТЛТ).

6. При наружных кровотечениях применять давящие повязки.

7. Следить за признаками появления крови в моче, кале, рвотных массах.

8. Если у пациента повысилось АД, появилась сильная головная боль, тошнота или рвота, прекратить введение альтеплазы и срочно провести повторную КТ мозга.

9. Пациент должен соблюдать постельный режим и воздержаться от еды в течении 24 часов.

10. Повторные нейровизуализационные исследования (КТ или МРТ головного мозга) необходимо провести через 24 часа или ранее при ухудшении состояния пациента.

11. Из-за высокого риска геморрагических осложнений следует избегать назначения антиагрегантов и антикоагулянтов первые 24 часа! после проведения ТЛТ.

12. Перед назначением антикоагулянтов и антиагрегантов у пациентов после ТЛТ необходимо проведение КТ/МРТ головного мозга для исключения геморрагических осложнений.

3. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Н., 23 года. С детства страдает эпилепсией после перенесенного в раннем возрасте менингоэнцефалита. Последние 2 года отмечает учащение эпилептических припадков. 12 часов назад появились тонико-клонические припадки, которые постепенно утихали, была госпитализирована. При поступлении: без сознания, тонико-клонические припадки длительно до 40-60 секунд повторяются каждые 4-5 минут. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Корнеальные рефлексы вялые, мышечная атония, арефлексия. Цианоз кожных покровов, дыхание поверхностное, тоны сердца приглушены, пульс до 140 в минуту, аритмичный, АД 80/50 мм. рт. ст.

Какова классификация эпилептического статуса по длительности? - предстатус (0-9 мин с момента начала приступов);

- начальный (10-30 мин);

- развернутый (31-60 мин);

- рефрактерный (свыше 60 мин). **Какова интенсивная терапия?**

Необходимо:

- интубирование пациента с переводом на искусственную вентиляцию легких (СМV);

- барбитуровый наркоз: введение тиопентала натрия (в 1 мл 2,5% раствора 25 мг) в/в в средней дозировке 100-250 мг в течение 20 с. При отсутствии эффекта - дополнительное введение препарата в дозе 50 мг в/в каждые 3 мин до полного купирования приступов. Далее переход на поддерживающую дозу - в среднем 3-5 мг/кг в/в каждый час (необходим постоянный мониторинг уровня препарата в крови). Суммарная доза препарата не должна превышать 1 г. Продолжительность барбитурового наркоза обычно составляет 12-24 ч.

- преднизолон 2-4 мг/кг

- мониторинг и коррекция параметров гомеостаза

Перечислить основные звенья патогенеза эпилептического статуса.

1. Отек головного мозга

2. Гипоксия, гипоксемия

3. Респираторный ацидоз

4. ОДН

5. Синдром полиорганной недостаточности

4. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной С., 56 лет, находился в отделении реанимации и интенсивной терапии после перенесенной сердечно-легочной реанимации. Заболел остро: появилась одышка, боли в грудной клетке. Был госпитализирован с явлениями тяжелой гипоксии и сосудистой недостаточности. В приемном покое произошла остановка дыхания и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия были эффективны. После реанимационных мероприятий в течение 6 часов отмечались явления выраженной артериальной гипотонии и гипоксии.

Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Кома I ст.-сопор. Кожные покровы с выраженным цианозом, влажные, набухшие шейные вены. Дыхание аппаратное жесткое, множество влажных хрипов по всем полям. Активно сопротивляется аппарату. Параметры респираторной поддержки: SIMV-PC с ЧДД – 16 в мин, ДО 450 мл, РЕЕР 6 см вод ст. FiO2 0,4. АД=130/70 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС – 125 в мин, пульс удовлетворительного наполнения.

Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги. Диурез 10 мл/ч. Признаки варикозного расширения вен н/к.

На ЭКГ признаки перегрузки правых отделов сердца, единичные желудочковые экстрасистолы. D - димер – 3000 нг/мл

На обзорной рентгенограмме легких усилен легочный рисунок. В анализах крови: лейкоциты – 13,5 * 10⁹, сдвига лейкоформулы нет, эозинофилия - 7; эритроциты 5,0*10¹²; СОЭ – 12 мм/ч; РаО2 – 60 мм рт. ст.; SaO2 – 91 %; Ра CO2 – 45 мм рт.ст.; ЦВД 160 мм вод. ст.; Гематокрит 55 %. Креатинин 170 мкмоль/л.

Причина остановки кровообращения?

Причиной остановки кровообращения является тромбоз легочной артерии. Данный диагноз основан на данных клинической картины, наличия у пациента патологии вен н/к, повышенном D-димере и признаках перегрузки правых отделов сердца.

Чем определяется тяжесть состояния пациента?

Тяжесть состояния пациента определяется явлениями постренимационной болезни с резвившимися явлениями полиорганной недостаточности. 3 стадия. Имеют место признаки острой церебральной, дыхательной и почечной недостаточности. С явлениями сосудистой недостаточности удалось справиться. ВЛ осуществляется недостаточно неэффективно, о чем свидетельствует «борьба пациента с респиратором» и низкий индекс оксигенации – 150.

Какие изменения тактики респираторной поддержки необходимы? Необходимо увеличить уровень седации с применением тиопентала натрия или пропофола.

Целесообразно перевести пациента на протокол «поврежденное легкое» с увеличением ПДКВ до 8-9 см вод ст. и уменьшением инспираторно-эксираторного соотношения до 1:1.

Прогноз развития ситуации

Прогноз серьезный. Высокий риск рецидивов ТЭЛА. Если не будут решены проблемы ОДН и ОПН, состояние будет прогрессивно ухудшаться. Высокий риск присоединения госпитальной инфекции и развития сепсиса.

5.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Большой Р., 28 лет, находился 4-е сутки в отделении реанимации и интенсивной терапии в связи с отравлением неизвестным ядом в составе курительных смесей.

Анамнез известен полностью. Был госпитализирован с явлениями тяжелой гипоксии и печеночной и церебральной недостаточности.

Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Кома I ст. Кожные покровы желтушные, сухие. Единичные экхимозы.

Дыхание аппаратное жесткое, множество влажных хрипов по всем полям. Параметры респираторной поддержки: SIMV-VC с ЧДД – 16 в мин, ДО 460 мл., РЕЕР 4см вод ст. FiO2 0,35. АД=110/70 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС – 115 в мин, пульс удовлетворительного наполнения. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания. Печень на 2 см ниже края правой реберной дуги. Диурез 15 мл/ч. Отеки периферические. На ЭКГ синусовая тахикардия. Нарушение процессов реполяризации боковой стенки ЛЖ.

На обзорной рентгенограмме легких усилен легочный рисунок. В анализах крови: лейкоциты – 16,5 * 10⁹ ,сдвига лейкоформулы нет.; эритроциты 3,0*10¹²; СОЭ – 35 мм/ч; РаО₂ – 70 мм рт. ст.; SaO₂ – 93 %; Ра СО₂ – 45 мм рт.ст.; ЦВД 140 мм вод. ст.; Гемоглобин 100 г/л. Гематокрит 25 %. Креатинин 180 мкмоль/л. Общий белок 54г/л, альбумины 29 г/л., билирубин 110 мкмоль/л., АсАТ 650, АлАТ 1020, МНО-1,9, АЧТВ 45.

Чем определяется тяжесть состояния пациента?

Тяжесть состояния пациента определяется явлениями полиорганной недостаточности. Имеют место признаки острой церебральной, дыхательной и почечной, печеночной недостаточности. Присутствуют признаки ДВС-синдрома.

Какие направления интенсивной терапии необходимо проводить?

1.Лечение ОДН с ИВЛ в прежних режимал вентиляции под контролем газов крови

2.Назначение СЗП

3.Фуросемид 3-4 мг/кг

4.Мониторинг и коррекция ионограммы

5.Применение гепатопротекторов

6.Нутритивная поддержка 30 ккал/кг

7. Плазмоферез, гемодиализ (при наличии показаний)

8.Общий уход

Прогноз развития ситуации

Прогноз серьезный. Если не будут решены проблемы СПОН, состояние будет прогрессивно ухудшаться. Высокий риск присоединения госпитальной инфекции и развития сепсиса.

6.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Большой А., 66 лет, находился в отделении реанимации и интенсивной терапии 4 сутки. Заболел остро: появилась одышка, боли в грудной клетке, лихорадка. Был госпитализирован с явлениями гипоксии и интоксикации в ОРИТ.

Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Оглушен. Кожные покровы с выраженным цианозом, влажные. Дыхание жесткое, множество влажных хрипов по всем полям. Ослабление дыхание в левых нижних отделах. Параметры респираторной поддержки: SPONT с РЕЕР 8 см вод ст. FiO2 0,3. АД=120/70 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС – 125 в мин, пульс удовлетворительного наполнения. Гипертермия 38,5 гр. С. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги. Диурез достаточный.

На ЭКГ признаки перегрузки правых отделов сердца, единичные экстрасистолы. На обзорной рентгенограмме легких признаки левосторонней сливной пневмонии. В анализах крови: лейкоциты – 23,5 * 10⁹ ,сдвига лейкоформулы нет, эозинофилия - 7; эритроциты 5,0*10¹²; СОЭ – 32 мм/ч; РаО₂ – 60 мм рт. ст.; SaO₂ – 91 %; Ра СО₂ – 45 мм рт.ст.; ЦВД 110 мм вод. ст.; Гематокрит 55 %. Креатинин 170 мкмоль/л.

Сформулируйте диагноз?

Внегоспитальная левосторонняя полисегментарная пневмония. ОДН. Диагноз основан на данных клиники и рентгенологического исследования.

Чем определяется тяжесть состояния пациента?

Тяжесть состояния пациента определяется явлениями пневмонии, интоксикации и ОДН

Какие изменения тактики респираторной поддержки необходимы? Целесообразно перевести пациента на протокол «поврежденное легкое» с увеличением ПДКВ до 8-9 см вод ст. и уменьшением инспираторно-эксираторного соотношения до 1:1.

Принцип антибактериальной терапии в данной ситуации

Старт эмпирической терапии должен быть скорректирован по результатам бактериологического обследования мокроты. Препараты выбора: цефалоспорины 3-4 поколения, респираторные фторхинолоны, при необходимости – карбопенемы.

7.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Большой Т., 26 лет, находился в отделении реанимации и интенсивной терапии 5 сутки. Заболел подостро: появилась одышка, боли в грудной клетке, лихорадка. Был госпитализирован с явлениями гипоксии и интоксикации в ОРИТ. Известно, что ранее принимал наркотики.

Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Сопор. Пониженного питания. Кожные покровы с выраженным цианозом, влажные. Единичные экхимозы. Регионарные лимфатические узлы увеличены. Дыхание аппаратное жесткое, множество влажных хрипов в нижних отделах. Ослабление дыхание в нижних отделах. Параметры респираторной поддержки: SIMV-PC с ЧДД – 16 в мин, ДО 440 мл., РЕЕР 7см вод ст. FiO2 0,35. АД=110/60 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС – 115 в мин, пульс удовлетворительного наполнения. Грубый систолический шум на верхушке. Гипертермия 38,7 гр. С. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный. Печень ниже края реберной дуги на 2 см. Диурез достаточный.

На ЭКГ синусовая тахикардия. Горизонтальная ось сердца. Нарушение процессов реполяризации боковой стенки ЛЖ.

На обзорной рентгенограмме легких признаки левосторонней сливной пневмонии. В анализах крови: лейкоциты – 28,5 * 10⁹ ,сдвиг лейкоформулы влево; эритроциты 5,0*10¹²; СОЭ – 38 мм/ч; РаО₂ – 65 мм рт. ст.; SaO₂ – 92 %; Ра СО₂ – 45 мм рт.ст.; ЦВД в норме; Гематокрит 55 %. Креатинин 110 мкмоль/л. Билирубин 45 мкмоль/л

Сформулируйте диагноз?

Бактериальный сепсис. Септический эндокардит. Синдром полиорганной недостаточности (церебральной, дыхательной, печеночной)

Чем определяется тяжесть состояния пациента?

Тяжесть состояния пациента определяется явлениями СПОН, интоксикации

Какие направления интенсивной терапии необходимо проводить?

1.Лечение ОДН с ИВЛ в прежних режимал вентиляции под контролем газов крови

2.Обследование на ВИЧ, гепатиты ВС.

3.Антибактериальная терапия с применением антибиотиков резерва(дораципимем, амикацин, зивокс и др). Старт эмпирической терапии должен быть скорректирован по результатам бактериологического обследования крови.

4.Мониторинг и коррекция ионограммы

5.Применение гепатопротекторов

6.Нутритивная поддержка 30 ккал/кг

7. Плазмоферез, гемодиализ (при наличии показаний)

8.Общий уход

Прогноз развития ситуации

Прогноз серьезный. Если не будут решены проблемы связанные с сепсисом и СПОН, состояние будет прогрессивно ухудшаться. Высокий риск летального исхода.

8.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Р., 50 лет, находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии после тяжелой сочетанной дорожной травмы: контузия головного мозга, ушиб грудной клетки, переломы ребер, закрытый перелом правого плеча. На КТ головного мозга небольшие контузионные очаги в правой теменной области. Переломов костей черепа нет. На рентгенограмме грудной клетке переломы 4 и 6 ребра справа. Проводилась консервативная терапия. Произведена иммобилизация правого плеча. Состояние оставалось стабильно тяжелым-среднетяжелым. Больная была в сознании, гемодинамика стабильная, дыхательных и гемодинамических нарушений не было. Отмечался легкий левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 4 балла и левосторонняя гемигипестезия. На вторые сутки состояние ухудшается. Появляются признаки дыхательной недостаточности.

Объективно. При осмотре состояние пациентки тяжелое. Сопор. Кожные покровы с выраженным цианозом, влажные. Дыхание жесткое, множество влажных хрипов по всем полям. АД=120/70 мм рт. ст. ЧСС – 120 в мин, пульс удовлетворительного наполнения, ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги. Диурез 80 мл/ч. На ЭКГ признаки перегрузки правых отделов сердца, единичные желудочковые экстрасистолы.

На обзорной рентгенограмме легких признаки диффузного отека с двух сторон.

На ЭКГ синусовая тахикардия, 115 в мин, вертикальная ось сердца. В анализах крови: лейкоциты – $13,5 \cdot 10^9$ /сдвиг лейкоформулы нет.; эритроциты $5,0 \cdot 10^{12}$; СОЭ – 11 мм/ч; PaO₂ – 55 мм рт. ст.; SaO₂ – 88 %; Pa CO₂ – 45 мм рт.ст.; ЦВД 110 мм вод. ст.; Гематокрит 35 %. Креатинин 100 мкмоль/л.

Чем определяется тяжесть состояния пациента?

Тяжесть состояния пациента определяется признаками остро развившегося острого респираторного дистресс- синдрома на фоне травмы грудной клетки, контузии органов средостения, переломов ребер, Истадия. Прогрессирует ОДН.

Какие лечебные мероприятия необходимы?

Необходима интубация трахеи и перевод пациентки на аппаратное дыхание. Целесообразно проведение маневра раскрытия альвеол в соответствие с протоколом рекрутмента. После определения искомой величины ПДКВ, продолжать ИВЛ в режиме АСМV-PC с достаточной кислородной поддержкой и ПДКВ, а также с увеличением инспираторно-эксираторного соотношения.

Прогноз развития ситуации

Прогноз серьезный. При адекватном купировании явлений ОРДС и ОДН - благоприятный

9.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной В., 50 лет, находился в отделении реанимации и интенсивной терапии 3 сутки. Около двух лет получает иммуносупрессивную терапию по поводу трансплантированной почки. Состояние стало ухудшаться около двух недель назад; появился кашель, одышка, общая слабость. Был госпитализирован с явлениями гипоксии в ОРИТ. Начата интенсивная терапия, переведен на ИВЛ.

Объективно. При осмотре состояние пациента крайне тяжелое. Медикаментозная кома. Кожные покровы с цианозом, влажные. Дыхание крайне жесткое, множество влажных и сухих хрипов по всем полям. Параметры респираторной поддержки: АСМV-PC с РЕЕР 8 см вод ст. FiO₂ 0,6. ДО 420 мл, ЧД 16 в мин.. АД=140/90 мм рт. ст., (инотропной поддержки нет). ЧСС – 98 в мин, пульс удовлетворительного наполнения, ритмичный. Гипертермия 37,2 гр. С. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги. Диурез достаточный.

На ЭКГ признаки перегрузки правых отделов сердца, единичные предсердные экстрасистолы. На обзорной рентгенограмме легких признаки диффузного отека с двух сторон (феномен снежной бури). В анализах крови: лейкоциты – $6,5 \cdot 10^9$ /сдвиг лейкоформулы нет, эритроциты $3,0 \cdot 10^{12}$; СОЭ – 32 мм/ч; PaO₂ – 50 мм рт. ст.; SaO₂ – 88 %; Pa CO₂ – 45 мм рт.ст.; ЦВД 80 мм вод. ст.; Гематокрит 35 %. Креатинин 190 мкмоль/л. Идиограмма без особенностей.

Сформулируйте диагноз?

Токсико-аллергический альвеолит на фоне иммуносупрессии в виде острого респираторного дистресс-синдрома (II-III ст). ОДН. Диагноз основан на данных клиники и рентгенологического исследования.

Чем определяется тяжесть состояния пациента?

Тяжесть состояния пациента определяется явлениями ОРДС и ОДН. Какие изменения тактики респираторной поддержки необходимы? Целесообразно перевести пациента на протокол «поврежденное легкое» с увеличением ПДКВ до 9-10 см вод ст. инверсией инспираторно-эксираторного соотношения, увеличение ЧДД с уменьшением ДО до 5-6 мл/кг. Кислородная поддержка. Данные мероприятия следует проводить на фоне уменьшения или отмены иммуносупрессии, назначении глюкокортикоидов (метилпреднизолона) в дозе 5-10 мг/кг.

Каковы патогенетические механизмы развития ОРДС в данном случае.

На фоне введения цитостатиков развиваются явления асептического пневмонита и альвеолита. При злокачественной форме заболевания данные явления приобретают форму ОРДС с развитием тяжелой дыхательной недостаточности. В основе состояния грубые нарушения функционирования ацинуса на уровне альвеолярной мембраны. В первую стадию доминируют явления некардиогенного отека легких, во вторую – нарушения функционирования альвеолярной мембраны, в третью – пневмофиброза. Нарастает фракция легочного шунта, что и определяет тяжесть явлений ОДН.

10.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент А, 2 года.

Анамнез: Доставлена в стационар на 3-й день болезни. Заболела остро: появилось недомогание, насморк, температура 37,4 С. К вечеру наблюдалась осиплость голоса, грубый «лающий» кашель, затруднение дыхания. В течение 3-х дней ребенка лечили дома. Приступы удушья в каждую последующую ночь становились все тяжелее и продолжительнее, аппетит плохой.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа бледная. Отмечается значительное втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, одышка до 50 в мин. Осиплость голоса, временами полная афония, цианоз носогубного треугольника. Пульс ритмичный, тахикардия до 160 в мин. Газовый состав крови: pH 7,2; pCO₂ 67,6; pO₂ 40,0; HCO₃⁻ 31,4 ммоль/л; BE +3,2.

1.Сформулировать синдромальный диагноз

Стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп), вентиляционная острая дыхательная недостаточность, за счет отека подвязочного пространства.

2.Оценить газовый состав крови. Декомпенсированный респираторный ацидоз, гипоксемия.

3.Какие методы респираторной терапии показаны в данном случае?

Основные методы респираторной терапии для данной клинической ситуации:

1.Интубация трахеи.

2.При невозможности интубации трахеи в связи с выраженным отеком подвязочного пространства, не исключена необходимость трахеостомии.

3.Перевод на аппаратную ИВЛ

11.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Через несколько часов после рождения у недоношенного ребенка массой тела 1700г. появилась одышка с участием вспомогательной мускулатуры, раздуванием крыльев носа. Отмечается акроцианоз, тахикардия до 170 в мин. Клиника дыхательной недостаточности быстро прогрессирует.

Газовый состав крови: pH 7,15; pCO₂ 65 мм.рт.ст.; pO₂ 35 мм.рт.ст.; HCO₃⁻ 17 ммоль/л; BE – 8.

Сформулировать клинический диагноз

Острая дыхательная недостаточность. Респираторный дистресс-синдром новорожденных.

Дайте интерпретацию газового состава крови. Декомпенсированный смешанный ацидоз, гипоксемия.

Необходимый минимум обследования, лечение.

1.Рентгенологический снимок легких.

2. Перевод ребенка на ИВЛ

3. Эндотрахеальное введение сурфактанта (экзосурф 5 мл/кг, курсурф 1,25 мл/кг).

12.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент Б, 52 года.

Поступил в отделение реанимации из пульмонологического отделения, где находился с диагнозом: Внебольничная левосторонняя полисегментарная пневмония.

Жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния.

Объективно: Общее состояние крайне тяжелое. Шкала Глазго 9 баллов. Кожа влажная, диффузный цианоз. Дыхание жесткое, влажные хрипы по всем полям. SpO₂ 87%/ ЧДД 40 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС=Пульс=80 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез без особенностей.

Дежурным реаниматологом было принято решение о переводе пациента на аппаратную ИВЛ в режиме SIMV-PS.

Сформулируйте предположительный синдромальный диагноз. Острая дыхательная недостаточность. Острый респираторный дистресс-синдром?

Назовите показания для перевода этого пациента на аппаратное дыхание.

1.Стойкое угнетение сознания

2.Нарастающий диффузный цианоз

3.Признаки усиления работы дыхания- одышка 40 в мин.

4.Гипоксия

Установите начальные параметры ИВЛ для данного пациента и скорректируйте их если необходимо, учитывая предположительный синдромальный диагноз

1. Vt 400-500 мл, f=16 в мин

2. PEEP 5 см

3. I:E=2:1

4. FiO₂=21%

5. Целесообразно перевести пациента на протокол «поврежденное легкое» с увеличением ПДКВ до 8-9 см вод ст. и уменьшением инспираторно-экспираторного соотношения до 1:1.

13. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент В, 49 лет.

Находится в отделении реанимации 5-е сутки с диагнозом: Ишемический инсульт (кардиоэмболический подтип) с формированием инфаркта головного мозга в бассейне правой средней мозговой артерии. За все время госпитализации находился на аппарате ИВЛ через эндотрахеальную трубку в режиме SIMV-VC с параметрами: f=16 в мин, Vt = 450 мл, PEEP =6 см.вод.ст., FiO₂=21%.

Объективно: Общее состояние тяжелое, стабильное. Шкала Глазго 13 баллов. Кожа сухая, обычной окраски. В легких дыхание жесткое, аппаратное, хрипов нет. SpO₂ 92%/ ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС=Пульс=80 в мин. Вазопрессорной поддержки нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез без особенностей.

Анализ КЩС артериальной крови: PaO₂ = 70 mmHg, PaCO₂ = 25 mmHg, pH =7,4.

Врачом реаниматологом было принято решение о начале отлучения пациента от аппарата ИВЛ.

Назовите критерии готовности к отлучению от ИВЛ данного пациента

1. Адекватный газообмен

2. Стабильная гемодинамика

3. Спонтанная дыхательная активность

4. Стабилизация по основному заболеванию

Какой дальнейшей тактики в отношении респираторной поддержки должен придерживаться врач?

1. В случае готовности к отлучению необходимо провести тест спонтанного дыхания в течение 30-120 мин в режиме CPAP, PSV или совсем без аппаратной поддержки.

2. При отсутствии клинических признаков непереносимости теста (нарушение сознания, обильный пот, признаки усиления работы дыхания, ухудшение самочувствия); сохранении стабильных объективных критериев готовности к отлучению тест считается пройденным.

3. Если тест не пройден то продолжается применение аппаратной ИВЛ в прежнем режиме и тест проводится снова через 24 часа при условии стабильности критериев готовности к отлучению.

Какая манипуляция необходима пациенту в случае пролонгирования респираторной поддержки и для чего?

1. Показано наложение трахеостомы

2. Для проведения длительной ИВЛ более 7 суток через трахеостомическую трубку

3. С целью снижения риска ИВЛ-ассоциированной пневмонии

14. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

- Больной И., 48 лет поступил в ОРИТ из операционной нейрохирургического отделения после трансназального удаления аденомы гипофиза. При поступлении жалобы жалоб активно не предъявлял.

Анамнез заболевания: Болен в течение полугода, когда появились сильные головные боли преимущественно в лобной области, иррадиирующие в правый глаз. После приема НПВС отмечалось временное улучшение состояния. Около двух месяцев назад заметил снижение остроты зрения на правый глаз. Обследовался у невролога, окулиста по месту жительства. Выполнено МРТ головного мозга, диагностировано супра-инфра-параселлярное образование, компримирующее хиазму. Осмотрен нейрохирургом, рекомендовано оперативное лечение опухоли. Выполнено трансназальное удаление супра-инфра-параселлярной аденомы гипофиза.

Анамнез жизни: Туберкулез, вирусные гепатиты, вен. заболевания отрицает. Лекарственной аллергии, непереносимости не отмечалось. Ранее оперативных вмешательств не было. Кровь не переливалась.

Объективно: Общее состояние тяжелое. В ясном сознании. Полностью ориентирован в месте, пространстве и собственной личности. Нормостенического телосложения. Нормального питания. Носовые тампоны умеренно промокли геморагическим отделяемым. Доступные пальпации л/узлы не увеличены. Дышит самостоятельно, адекватно. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в 1 мин. SpO₂ 98%. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 80 в 1 мин. Пульс 80 в минуту. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Установлен уретральный катетер. Отеков на ногах нет. Температура тела 36,7°C.

В первые сутки пребывания в реанимационном отделении пациент начал жаловаться на постоянное чувство жажды, по мочевому катетеру выделилось 4 500 мл бесцветной прозрачной мочи. В ОАК: гемоглобин 180 г/л, эритроциты 6,04x10¹²/л, лейкоциты 12,8x10⁹/л без палочкоядерного сдвига. В ОАМ: бесцветная, прозрачная, удельный вес 1003 г/см³, осмолярность мочи 120 мосмоль/л. Темп диуреза 310 мл/час. ЦВД отрицательное. Осмолярность плазмы крови 305 мосмоль/л, натрий плазмы крови 150 ммоль/л, калий плазмы крови 3,0 ммоль/л.

1. Определить, имеющийся синдром водно-электролитных нарушений Синдром несахарного диабета.

2. Перечислить патогенетические механизмы формирования имеющегося синдрома водно-электролитных нарушений

1. Повреждение хиазмально-селлярной области в результате нейрохирургического вмешательства.

2. Развитие отека головного мозга в зоне операции.

3. Снижение выработки и секреции вазопрессина.

4. Полиурия, дегидратация

3. Изложить основные направления интенсивной терапии имеющегося синдрома водно-электролитных нарушений

- Основные принципы интенсивной терапии для данной клинической ситуации:

1. Почасовой контроль объема выделенной мочи и вводимой жидкости;

2. Контроль удельного веса мочи каждые 4 часа;

3. Контроль уровня натрия и осмолярности плазмы крови каждые 6 часов;

4. При сохранном сознании основной механизм восполнения жидкости – регос;

5. При утраченном сознании 5% глюкоза+физ. раствор (1:1) +20 ммоль КС/л с постоянной скоростью 75-100 мл/час

6. Препараты десмопрессина до эффективного снижения темпа диуреза < 250 мл/час.

15. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Н, 35 лет. Анамнез заболевания: Доставлена в приемное отделение стационара после ДТП. Со слов врача СМП по приезду на место ДТП, обнаружили пациентку на переднем пассажирском сиденье автомобиля без сознания, она была пристегнута ремнем безопасности, сработала подушка безопасности. Во время осмотра пациентка пришла в сознание, но была дезориентирована в пространстве, обстоятельства ДТП и предшествующие события амнезировала. Пациентка доставлена в стационар с диагнозом ЗЧМТ. Контузия головного мозга.

Анамнез жизни: Хронические заболевания, другие травмы, перенесенные оперативные вмешательства отрицает. Лекарственной непереносимости не отмечалось.

Объективно: Жалуется на выраженную головную боль, тошноту. Общее состояние тяжелое. Оглушение, периодически сменяющееся психомоторным возбуждением. Дезориентирована в месте и пространстве. Эмоционально лабильна. Нормостенического телосложения. Удовлетворительного питания. Симптом «очков». Следы крови в области носогубного треугольника. Следы съеденной пищи на одежде. Дыхание самостоятельное. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧДД 20 в мин. SpO₂ 96%. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 130/90 мм рт. ст. ЧСС 10 в 1 мин. Пульс 100 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Отеков на ногах нет. Температура тела 36,6°C. Мочеиспускание произвольное. При осмотре у пациентки развилась рвота съеденной пищей.

Неврологический статус: Глазные щели D=S, зрачки D=S. Глазодвижения не ограничены. Крупноразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде перед собой и в стороны. Фотореакции сохранены. Ниже левый угол рта. Язык по средней линии. Глоточные рефлексы сохранены. Левосторонний гемипарез до 3-х баллов в руке и ноге. Сухожильные рефлексы с рук и с ног S<D. Чувствительность достоверно проверить не удастся. (+) С-м Бабинского положительный с двух сторон. Положительный симптом Кернига с двух сторон. Ригидность мышц затылка 5 см.

На КТ головного мозга: линейный перелом костей основания черепа в проекции передней черепной ямки. Субарахноидальное кровоизлияние. Лабораторные показатели в пределах нормы.

Пациентка была госпитализирована в реанимационное отделение с диагнозом: «ЗЧМТ. Линейный перелом костей основания черепа. Контузия головного мозга средней степени тяжести. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Умеренный левосторонний пирамидный гемипарез.» Проводилась консервативная терапия. К концу первых суток отмечалось улучшение состояния: пациентка пришла в сознание, начала ориентироваться в пространстве и собственной личности, выросла сила в левых конечностях до 4-х баллов, отмечалось субъективное уменьшение выраженности головной боли. На вторые сутки состояние резко ухудшилось: развилась серия из генерализованных тонических припадков, после которых сохранялось стойкое угнетение сознания до уровня сопора. Выполнено контрольное КТ головного мозга:

данные прежние. В лабораторных исследованиях: уровень натрия плазмы 120 ммоль/л, осмолярность плазмы 250 мосмоль/л, натрий мочи 185 ммоль/л, удельный вес мочи 1025 г/см³. ЦВД 10 см. вод. ст.

Сформулировать синдромальный диагноз

1. Синдром ОЦН;
2. Судорожный синдром;
3. Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона.

Перечислить патогенетические механизмы формирования имеющегося синдрома водно-электролитных нарушений

1. Острое повреждение гипоталамо-гипофизарных структур;
2. Выброс неадекватного количества антидиуретического гормона;
3. Снижение натрийуреза, задержка свободной воды;
4. Развитие гипонатриемии;
5. Отек-набухание клеток головного мозга;
6. Изменение концентрации ионов натрия по сторонам клеточной мембраны, нарушение процессов реполяризации-деполяризации.

Изложить основные принципы интенсивной терапии имеющегося синдрома водно-электролитных нарушений

1. Исключить развитие церебрального сольтеряющего синдрома (CSW);
2. Не допускать гипернатриемии во время коррекции;
3. Контроль уровня натрия плазмы каждые 1 – 3 часа;
4. Прекратить терапию, если Na плазмы повысился ≥ 126 ммоль/л за период $\approx 17 \pm 1$ час;
5. Прекратить терапию если изменения Na плазмы составили ≥ 10 ммоль/л за 24 часа;
6. Медленное введение 3% (513 ммоль/л) или 5% (856 ммоль/л) раствора NaCl (стартовая скорость 25 – 50 мл/час 3% раствора NaCl);
7. Одновременно возможно использование фуросемида для предотвращения развития гиперволемии;
8. Одновременный контроль и коррекция уровня калия плазмы.

16. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Н., 73 года. Поступил доставлен в приемное отделение с жалобами чувство общей слабости, тошноту, рвоту, нарушение стула (запоры), тремор в руках, судороги в ногах, приступы раздражительности. Ухудшение состояния в течение трех последних дней.

Анамнез заболевания: страдает артериальной гипертонией, несколько лет назад переносил острый инфаркт миокарда. В последнее время беспокоили чувство нехватки воздуха, одышка при привычной физической нагрузке, отеки на ногах, не мог спать в горизонтальном положении из-за нехватки воздуха. В последнее время постоянно принимал ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, статины, ацетилсалициловую кислоту. В связи с имеющейся застойной сердечной недостаточностью около двух недель назад был назначен фуросемид в дозе 40 мг в сутки, но пациент отмечает, что сознательно увеличил дозировку до 80 мг в сутки. При этом отмечалось субъективное улучшение состояния: отеки спали, одышка значительно уменьшилась, смог спать в горизонтальном состоянии.

Объективно: Состояние тяжелое. В сознании. Раздражителен, но при этом астенизирован. Кожный покров бледный, сухой, тургор кожи снижен. Повышенного питания. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, но ослабленное в нижних отделах, выслушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, аритмичные. АД 80/50 мм. рт. ст. ЧСС 54 в минуту. ЧП 50 в минуту. Живот вздут, выслушивается вялая перистальтика кишечника. Стул последний раз был 4 дня назад, газы не отходят. Пастозность голеней.

На ЭКГ: Синусовая брадикардия. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в V4-V6, волна U в V2-V6, расширение комплекса QRS.

Во время осмотра в приемном отделении у пациента остановка кровообращения.

Назовите вероятную причину и тип остановки кровообращения Причиной остановки кровообращения явилась вероятная гипокалиемия (неконтролируемое использование фуросемида; клинически признаки гипокалиемии – парез кишечника, изменения психики, судороги в ногах и тремор рук, ЭКГ критерии). Тип остановки кровообращения, вероятнее всего, фибрилляция желудочков.

Какова интенсивная терапия:

1. Непрямой массаж сердца;
2. Дефибрилляция;
3. Интубация трахеи пациента с переводом его на искусственную вентиляцию легких (CMV);
4. Экстренный анализ крови на уровень калия плазмы, кислотно-основное состояние;
5. Коррекция гипокалиемии и гипомagneмии;
6. Мониторинг и коррекция параметров гомеостаза

17. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Р., 55 лет. Анамнез заболевания: Доставлена в приемное отделения стационар после ДТП. Во время осмотра пациентка пришла в сознание, но была дезориентирована в пространстве, времени, личности. Пациентка доставлена в стационар с диагнозом ЗЧМТ. Контузия головного мозга.

Объективно: Жалуется на выраженную головную боль, тошноту. Общее состояние тяжелое. Оглушение, периодически сменяющееся психомоторным возбуждением. Дезориентирована в месте и пространстве. Эмоционально лабильна. Нормостенического телосложения. Удовлетворительного питания. Симптом «очков». Следы рвоты съеденной пищей на одежде. Дыхание самостоятельное. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧДД 22 в мин. SpO₂ 95%. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 150/100 мм рт. ст. ЧСС 100 в 1 мин. Пульс 100 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Отеков на ногах нет. Температура тела 36,8оС. Мочиспускание произвольное. При осмотре у пациентки развилась рвота съеденной пищей.

Неврологический статус: Глазные щели D=S, зрачки D=S. Глазодвижения не ограничены. Крупноразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде влево. Фотореакции сохранены. Ниже левый угол рта. Язык по средней линии. Глоточные рефлексы сохранены. Левосторонний гемипарез до 4-х баллов в руке и ноге. Сухожильные рефлексы с рук и с ног S<D. Левосторонняя гипестезия. (+) С-м Бабинского положительный с двух сторон. Положительный симптом Кернига с двух сторон. Ригидность мышц затылка 2 см.

На КТ головного мозга: линейный перелом костей свода черепа. Субарахноидальное кровоизлияние. Лабораторные показатели в пределах нормы.

Пациентка была госпитализирована в реанимационное отделение с диагнозом: «ЗЧМТ. линейный перелом костей свода черепа. Контузия головного мозга средней степени тяжести. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Умеренный левосторонний пирамидный гемипарез.» Проводилась консервативная терапия. К концу вторых суток отмечалось улучшение состояния: пациентка пришла в сознание, начала ориентироваться в пространстве и собственной личности, выросла сила в левых конечностях до 4-х баллов, отмечалось субъективное уменьшение выраженности головной боли. На вторые сутки состояние резко ухудшилось: развилась серия из генерализованных тонических припадков, после которых сохранялось стойкое угнетение сознания до уровня сопора. Выполнено контрольное КТ головного мозга: данные прежние. В лабораторных исследованиях: уровень натрия плазмы 122 ммоль/л, осмолярность плазмы 245 мосмоль/л, натрий мочи 185 ммоль/л, удельный вес мочи 1025 г/см³. ЦВД 17 см. вод. ст.

Сформулировать синдромальный диагноз

1. Синдром ОЦН;
2. Судорожный синдром;
3. Центральный соль-теряющий синдром

Перечислить патогенетические механизмы формирования имеющегося синдрома водно-электролитных нарушений

1. Острое повреждение гипоталамо-гипофизарных структур;
2. Депрессия выработки ЦНП;
3. Повышение натрийуреза, дегидратация;
4. Развитие гипонатриемии;
5. Отек-набухание клеток головного мозга;
6. Изменение концентрации ионов натрия по сторонам клеточной мембраны, нарушение процессов реполяризации-деполяризации.

Изложить основные принципы интенсивной терапии имеющегося синдрома водно-электролитных нарушений

1. Исключить развитие церебрального сольтеряющего синдрома (CSW);
2. Не допускать гипернатриемии во время коррекции;
3. Контроль уровня натрия плазмы каждые 1 – 3 часа;
4. Прекратить терапию, если Na плазмы повысился ≥ 126 ммоль/л за период $\approx 17 \pm 1$ час;
5. Прекратить терапию если изменения Na плазмы составили ≥ 10 ммоль/л за 24 часа;
6. Медленное введение 3% (513 ммоль/л) или 5% (856 ммоль/л) раствора NaCl (стартовая скорость 25 – 50 мл/час 3% раствора NaCl);
7. Усиление инфузионной терапии;
8. Одновременный контроль и коррекция уровня калия плазмы.

18. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной А. 36 лет поступил в ОРИТ с жалобами на мышечную слабость и чувство нехватки воздуха.

Анамнез заболевания: много лет страдает миастенией. Принимает АХЭ препараты. Состояние ухудшилось после перенесенной ОРВИ: резко нарастающая мышечная слабость, появилось чувство нехватки воздуха.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Ясное сознание. Речевому контакту доступен. Нормостенического телосложения. Пониженного питания. Лицо гиперемировано. Доступные пальпации л/узлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 36 в 1 мин с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры. SpO₂ 88%. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 170/100 мм рт. ст. ЧСС=98 в 1 мин. Пульс=98 уд. в мин. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Отеков на ногах нет. Температура тела 36,8оС.

Неврологический статус: Глазные щели и зрачки D=S. Глазодвижения достаточные. Нистагма, диплопии нет. Фотореакции, корнеальные рефлексы сохранены. Пальпация тригеминальных точек безболезненна с 2-х сторон. Глокает с трудом. Дизартрия. Функциональные пробы выявляют диффузное снижение мышечной силы во всех сегментах рук и ног. Менингеальных знаков нет.

1. Сформулировать диагноз

- Миастения. Генерализованная форма. Миастенический криз. ОДН.

2. Перечислить принципы лечения миастенического криза.

- Этап 1: провести прозериную пробу – вводится Sol. Proserini 0,05 % 1-3 мл п/к + Sol. Atropini 0,1 % - 0,5 мл, оценка эффекта через 30 минут;

Этап 2: если есть реакция на АХЭП

1) подбор адекватных доз АХЭП: Прозерин по 1,5-2 мл п/к каждые 3-4 часа или Калимин-форте по 1-1,5 мл в/в или в/м каждые 4-5 часов;

2) одновременно начать патогенетическую терапию: пульс-терапию Метилпреднизолоном в/в капельно в дозе 500 мг (1-й день), далее по 1000 мг 5 дней;

3) далее - Преднизолон перорально ежедневно 1,5-2 мг/кг массы тела по методу «качелей» (1-й день вся доза, 2-й день – 50 % от дозы первого дня);

4) препараты калия – в/в по 3 г/сут;

5) при недостаточной эффективности ГКС или противопоказаниям к ним – проведение плазмафереза;

6) введение иммуноглобулина человека G (октагам, иммунонин, гамунокс, интраглобин, пентаглобин и др) в дозе 0,4 г/кг в/в кап. 5 дней;

NB! Пульс-терапия относительно противопоказана при холинергическом и смешанном кризах из-за десенситизации ацетилхолиновых рецепторов.

Этап 3: если нет реакции на АХЭП

1) интубация и ИВЛ при условии немедленной отмены всех АХЭП (введение АХЭП при миастеническом кризе на фоне ИВЛ считается грубой врачебной ошибкой!);

2) через сутки – вновь провести прозериную пробу с попыткой отключения от ИВЛ;

3) при восстановлении дыхания, не эксугируя больного, п/к Прозерин каждые 3-4 часа, при стабильном состоянии – эксугировать пациента;

4) если остаются дыхательная недостаточность и нарушения глотания – вновь подключить ИВЛ и больше АХЭП не вводить;

5) если дыхание не нормализуется через 3 суток – трахеостома. Продолжать или начать патогенетическую терапию.

6) Плазмаферез или иммуноглобулины G

3. Изложить основные направления интенсивной терапии ОДН

- Интубация трахеи. Параметры респираторной поддержки: АСМV-PC с РЕЕР 8 см вод ст. FiO₂ 0,4. ДО 420 мл, ЧД16 в мин. Седация. Мониторинг газов крови и параметром КЩР.

19. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка, 50 лет.

Жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния. В анамнезе (со слов родственников) ревматизм, митральный порок сердца.

Объективно: находится в положении сидя с опущенными ногами. Речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота. Выражение лица напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, кончика носа. Дыхание шумное. ЧДД 36 в мин. Кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты. Над всей поверхностью легких мелкопузырчатые хрипы. SpO₂ 89%. Тоны сердца приглушены, аритмичные. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 100 в мин. Живот мягкий, ненапряжен.

Сформулируйте клинический диагноз.

Кардиогенный отек легких.

Назовите неотложные мероприятия.

1. Усадить больного с опущенными ногами,

2. оксигенотерапия (ингаляция кислорода через 33 % спирт),

3. лазикс — 2,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида,

4. морфин 1 % — 1,0 мл внутривенно или внутримышечно,

5. нитроглицерин — 1 таблетка сублингвально,

6. гепарин — 5000 ЕД внутривенно,

7. строфантин 0,05% — 1,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида,

8. наложить жгуты на конечности.

Перечислите мероприятия респираторной терапии

1. Неинвазивная вентиляция легких на фоне кислородотерапии

2. При неэффективности через 30 мин интубация и применение инвазивной ИВЛ

3. Целесообразно перевести пациента на протокол «поврежденное легкое» с увеличением ПДКВ до 8-9 см вод ст. и уменьшением инспираторно-экспираторного соотношения до 1:1.

20. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка Б, 60 лет.

Находится в отделении реанимации 8-е сутки с диагнозом: ОНМК в бассейне левой средней мозговой артерии.

Объективно: Общее состояние тяжелое, стабильное. Шкала Глазго 13 баллов. Кожа сухая, обычной окраски. Дыхание аппаратное, через трахеостомическую трубку, режиме SIMV-VC с параметрами: f=16 в мин, Vt=450 мл, РЕЕР=6 см.вод.ст., FiO₂=21%. В легких дыхание жесткое, хрипы нет. SpO₂ 97%/ ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм.рт.ст. ЧСС=Пульс=65 в мин. Вазопрессорной поддержки нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез без особенностей.

Анализ КЩС артериальной крови: PaO₂ = 82 mmHg, PaCO₂ = 30 mmHg, pH=7,39.

Врачом реаниматологом было принято решение о начале отлучения пациента от аппарата ИВЛ.

Назовите критерии готовности к отлучению от ИВЛ данного пациента

1. Адекватный газообмен

2. Стабильная гемодинамика

3. Спонтанная дыхательная активность

4. Стабилизация по основному заболеванию

Какой дальнейшей тактики в отношении респираторной поддержки должен придерживаться врач?

1. В случае готовности к отлучению необходимо провести тест спонтанного дыхания в течение 30-120 мин в режиме CPAP, PSV или совсем без аппаратной поддержки.

2. При отсутствии клинических признаков непереносимости теста (нарушение сознания, обильный пот, признаки усиления работы дыхания, ухудшение самочувствия); сохранении стабильных объективных критериев готовности к отлучению тест считается пройденным.

3. Если тест не пройден то продолжается применение аппаратной ИВЛ в прежнем режиме и тест проводится снова через 24 часа при условии стабильности критериев готовности к отлучению.

Назовите современные режимы отлучения от аппаратного дыхания и по какому принципу они работают.

1. Интеллектуальные режимы, например ASV в аппарате Hamilton

2. Работают по принципу обратной связи, т.е. подстраиваются под дыхательные возможности пациента и инициируют у них формирование адекватной спонтанной дыхательной активности.

21. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

- В отделении гематологии поступила больная С., 38 лет (78 кг) с признаками желудочного кровотечения: сознание – сопор, кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Дыхание самостоятельное, везикулярное с обеих сторон. ЧДД 32 в мин., SpO₂ 84%. Гемодинамика: АД 80/40 мм.рт.ст., ЧСС 136 в мин. Живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастрии.

Результаты скрининг-исследования: Эр 1,4× 10¹²/л, Нт 13%, ПТИ 18%, МНО 3,2, АЧТВ 165 сек.

Из анамнеза: 1,5 года назад операция протезирование митрального клапана. До настоящего времени в комплексе терапевтических постоянных назначений входят оральные антикоагулянты (варфарин), дезагреганты (кардиомагнил). Последние показатели контролируемого гемостаза 3 суток назад: INR 2,2, ПТИ 38%. Начало ухудшения состояния-8 часов назад: после нарушения диеты была многократная рвота съеденной пищей. После чего появились умеренные боли в эпигастрии,

тошнота, рвота кофейной гущей. Со слов пациентки – объем рвотных масс около 1,5 литров. Данное состояние возникло впервые. Предшествующих заболеваний желудка не отмечает.

1. Определите предполагаемый диагноз и способ его подтверждения.

- Исходя из проведенной 1,5 года назад плановой операции, клапанного протезирования, требующей проведения ФГДС – патологии найдено не было. По началу заболевания – процесс острый. Возможными причинами кровотечения из верхних отделов ЖКТ в данной ситуации могут быть: синдром Меллори-Вейса, острая язва желудка и 12 перстной кишки, эрозивный гастрит. Не исключено наличие злокачественного новообразования желудка. Основным методом диагностики является метод фиброгастроуденоскопии.

2. Ваш вариант механизма возникновения кровотечения у пациентки.

- Наиболее вероятный механизм развития кровотечения- сочетание: наличия субстрата кровотечения при имеющемся отягощающемся гипокоагуляционном синдроме. Размер и место расположения субстрата определяет характер и величину кровопотери. Дополнительным отягощающим фактором может блокада тромбоцитарно-сосудистого гемостаза. Вклад данного звена можно определить уровнем тромбоцитов и данными агрегатограммы.

3. Определите последовательность направлений инфузионно-трансфузионной терапии с учетом нарушений гемостаза, гемодинамики, уровня кровопотери.

- Основные принципы инфузионно-трансфузионной терапии для данной клинической ситуации:

1. Переливание факторов свёртывания и носителей кислорода;
2. Волюмокоррекция;
3. Регидратация;
4. Коррекция КЩС и ВЭБ.

4. Какой предполагаемый дефицит ОЦК у пациентки? Какие показатели взяты за основу расчёта?

- Прежде всего, рассчитывается ОЦК. Исходя из Мг. для нормостеничной женщины, это 6,5% Мг. Для определения дефицита ОЦК и класса кровопотери используются клинико-лабораторные данные: изменение сознания, критическая гипотония, шоковый индекс, ЧДД, снижение SpO₂, уровень Hb, Ht. Таким образом, определен III класс кровопотери с дефицитом ОЦК = 40%.

5. Когда и каким образом поддерживать оптимальный уровень свертывания крови с целью предупреждения внутрисердечного тромбообразования.

- Вопрос о продолжении медикаментозной гемофилии может быть поставлен после устранения признаков геморрагического шока, оценки гемостазиограммы, результатов ФГДС в отношении стабильности локального гемостаза. Прекращение кровотечения и норма- или умеренная гипокоагуляция, подтверждение стабильности гемостаза является основой для гипокоагуляционной терапии. Наиболее управляемый из них-внутривенная инфузия нефракционированного гепарина под контролем АЧТВ.

22. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Поступил мужчина, 54 года, ранее перенесший гепатит В. Внезапно появилась рвота темно-красного цвета, мелена, слабость, тошнота. На данный момент кровотечения нет. Данные осмотра: Состояние больного средне-тяжелое. Оглушение I. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20 в минуту, SpO₂ 94об% с ингаляцией O₂ 1л/мин. Гемодинамика: АД 100/60мм.рт.ст., ЧСС 118 в мин., выраженная бледность кожных покровов, пальпируется увеличенная за счет левой доли печень, бугристая, плотной консистенции, перкуторно - небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Шумы перистальтики выслушиваются. Был однократный стул в виде мелены. Мочится. Лабораторный скрининг: Эр 2,4× 1012/л., мочевина 2,3 ммоль/л, К+ 3,1 ммоль/л, Na+ 132 ммоль/л., АлАТ 34 ЕД, АсАТ 42 ЕД.

Из анамнеза: болен гепатитом В в течение 12 лет. Предполагаемый механизм заражения трансфузионный. Аналогичная ситуация у больного повторяется в течение 3-ех последних лет с интервалом 1-2 раза в течение полугода. Начало данной клинической ситуации 8 часов назад. Провоцирующим фактором пациент считает прием алкоголя.

Наиболее вероятный механизм возникновения кровотечения?

Методы диагностики причины кровотечения.

Исходя из анамнеза, клинической картины заболевания – больного цирроз печени в связи с исходом вирусного гепатита с развитием портальной гипертензии и формированием варикозно-расширенных кровотокающих вен пищевода. Хотя возможны и альтернативные варианты кровотечения, связанные с заболеванием желудка и двенадцатиперстной кишки. Основным методом диагностики является ФГДС.

Нуждается ли этот пациент в переливании носителей кислорода?

Для данного лежачего пациента без физической активности с SpO₂ 94об% и Hb 86 г/л нет кислородной задолженности, а, значит, и показаний к переливанию носителей кислорода.

Есть ли необходимость переливания факторов свёртывания. На каких данных основывается это решение.

У пациентов с подтвержденным циррозом печени показатели ПТИ, АЧТВ, не могут быть абсолютными критериями для переливания факторов свертывания. Необходима комплексная оценка состояния гемостаза:

1. Отсутствие кровотечения по данным ФГДС;
2. Данные ТЭГ с оценкой CI и Lys30.

Препараты каких групп необходимо использовать в лечении геморрагического синдрома у данного больного?

Действие препаратов, используемых в лечении геморрагического синдрома у больного с циррозом печени направлено на:

1. Снижение давления в портальной системе: нитраты, аналоги вазопрессина, неселективные β-блокаторы, ингибиторы соматотропного гормона;
2. Коррекция гемостаза в соответствие с его основными нарушениями: витамин К, рекомбинантные факторы свертывания, фибриноген.
3. Компоненты крови: СЗП, криопреципитат, тромбоцитарная взвесь.

Какие инфузионные среды применимы в лечении данного больного и направленность их действия

1. Сбалансированные кристаллоиды для коррекции КЩС и ВЭБ;
2. Желатины, как средство волюмокоррекции.
3. Аминокислоты разветвленного типа в сочетании с глюкозой и жировыми эмульсиями II и III поколения при необходимости проведения парэнтерального питания.

23. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У больного 46 лет с синдромом Меллори-Вейса на пике кровотечения (Ht 21%, Hb 69г/л) по данным ЭКГ и заключению кардиолога выставлен диагноз: ОКС без ПССТ. На момент выставления диагноза: Состояние больного средней тяжести. Предъявляет жалобы на боли за грудиной. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание самостоятельное, ЧДД -27 в мин., Аускультативно: ослабление дыхания симметрично в нижних отделах без влажных хрипов, SpO₂- 90об %- АД -95/70 мм.рт.ст, ЧСС - 112 в мин. Лабораторные данные: Эр -2,2× 1012/л, Ht -23%, Hb -76 г/л, ПТИ -78%, МНО -0,9, АЧТВ -56 сек., общий белок -52 г/л, Альбумин -32г/л, билирубин -26мкмоль/л , мочевины -7,6 ммоль/л, К+ -3,2 ммоль/л, Na+ -136 ммоль/л.

Какие направления инфузионной терапии необходимо использовать у данного пациента?

Инфузионная терапия имеет жесткие волевические показания и проводится под контролем мониторинга. Оптимально с использованием и ЦВД. Включает:

1. Коррекцию гемостаза и кислородотранспортной функции крови;
2. Коррекцию ВЭБ.

Есть ли необходимость переливания носителей кислорода у этого больного?

Для данного пациента, в связи с наличием острой коронарной патологии показано переливание носителей кислорода. Оптимально поддерживать уровень Hb в пределах 90 - 100г/л

Есть ли необходимость переливания факторов свертывания у этого больного?

Использование факторов свертывания в данной ситуации не определяется показателями гемостаза, а стабильностью локального гемостаза. Его оценка возможна по результатам ФГДС. В случае противопоказаний к её проведению - клинико-лабораторными признаками продолжающегося кровотечения

Показана ли этому больному гепаринотерапия? Если да, то каким способом введения и препарат выбора?

Наличие у больного ОКС без ПССТ является показанием к гепаринотерапии после подтверждения стабилизации локального гемостаза и восстановления кислородотранспортной функции крови. Наиболее безопасный способ – внутривенное перфузионное введение нефракционированного гепарина. Контроль эффективной дозы по величине АЧТВ.

Назовите критерии адекватности проведенной ИТ у данного пациента.

1. Стабилизация локального гемостаза;
2. Уровень Hb 90-100г/л, SpO₂ 93-97об.%;
3. Устранение гиповолемии.
4. Стабилизация ВЭБ.

24. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

После операции протезирования тазобедренного сустава пациента Ф., 74года, 72кг. перевели в палату. Пациент заторможен, адекватен. Дышит самостоятельно, ЧДД 16 в минуту. Гемодинамика: АД 105/70 мм.рт.ст., ЧСС 114 в минуту. Анестезиологическое пособие: спинальная анестезия. Интраоперационно, в связи с ипотонией, осуществлялась гемодинамическая поддержка. Интраоперационная кровопотеря 500,0. Инфузионная терапия: Натрия хлорид 0,9%-1000,0, Волювен - 500,0.

Контрольный анализ крови в конце операции: Нв 67г/л, Эр 2,1×1012/л, Нт 23%, лактат 4ммоль/л. По дренажу в процессе перевозки выделилось дополнительно 350,0 геморрагического отделяемого. Из сопутствующих заболеваний у пациента два инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь 2 стадии, ишемический инсульт, сахарный диабет инсулинонепотребный, компенсированный.

Обоснован ли перевод данного пациента в палату. Если нет- представьте аргументы.

Нет, не обоснован. Аргументы:

- 1.Отягощенный анамнез, возраст;
- 2.Нестабильная интраоперационная гемодинамика с сохраняющейся гипотонией;
- 3.Нестабильный гемостаз и низкие показатели красной крови;
- 4.Необходимость послеоперационного мониторинга ЭКГ, ОАК, гемодинамики, сатурации, гемостаза, гликемии, неврологического статуса.

Насколько адекватна интраоперационная ИТ. Какие ошибки интраоперационной ИТ вы определили?

Интраоперационная ИТ у данного пациента неадекватна.

Ошибки ИТ:

- 1.Адекватная по объёму возмещения кровопотери, без учета дооперационной гиповолемии;
- 2.Неадекватная по качеству используемых сред:
 - не использованы сбалансированные кристаллоиды;
 - не использованы носители кислорода

Есть ли замечания по лабораторно-инструментальному мониторингу пациента в период анестезиологического пособия?

- 1.Исходя из низких показателей Нв, Эр, Нт в конце операции, у пациента данные показатели исходно были снижены, либо был дефект определения объема кровопотери. ОАК необходимо производить на этапе максимальной кровопотери;
- 2.Не зная характера интраоперационного мониторинга, при снижении АД логично провести ЭКГ;
- 3.Не было контроля гликемии.

Какие возможны механизмы нестабильного послеоперационного гемостаза у пациента?

- 1.Возможный приём пациентом дезагрегантов, неотмеченных в условии задачи;
- 2.Дефекты хирургического гемостаза;
- 3.Высокая травматичность операции с активацией вторичного фибринолиза
- 4.Предоперационная гипокоагуляция в сочетании с интраоперационной гемодилуцией.

Какие осложнения возможны при пребывании пациента в палате в послеоперационном периоде?

- 1.Гипотония с развитием СПОН;
- 2.Нарастающая анемия в связи с продолжающимся кровотечением, церебро-, кардиоваскулярные осложнения;
- 3.ДВС-синдром;
- 4.Гипо- гипергликемические состояния.
- 5.Гипо- гипергликемические состояния.

25.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Ш., 48 лет, 124 кг. поступил в ОРИТ с клиническими признаками отёка легких. При поступлении состояние крайне тяжёлое: ортопное, ЧДД 34 в мин., АД 180/110 мм.рт.ст., ЧСС 148 в мин., SpO2 78%. В течение 5 лет по настоящее время находится на хроническом гемодиализе через фистулу в связи с терминальной почечной недостаточностью. Плановый диализ должен быть сегодня. Результаты лабораторного скрининга: Нв 48г/л, Нт 21%, Эр. 1,8×1012/л, Мочевина 38ммоль/л, Креатинин 980мкмоль/л, К 5,8ммоль/л. По весовым данным прирост веса в междиализный период – 6,5 кг.

Предположительная причина гемодинамических расстройств у больного.

Исходя из ХШП 5, больной в анурии. Высокий прирост массы тела в междиализный период провоцирует у данной категории больных выраженную сердечную недостаточность на фоне гипervолемии с проявлением в виде отека легких. Дополнительные факторы: гипертензия увеличивает трансудацию а высокий уровень шунтирования крови по фистуле увеличивает преднагрузку с последующим развитием сердечной и относительной недостаточностью клапанной системы миокарда.

Какая инфузионная и лекарственная терапия необходима больному?

Инфузионная терапия пациенту противопоказана. Лекарственная терапия – паллиативная терапия до перевода пациента на ЗПТ, включает нитраты, наркотические анальгетики, коррекция гипертензии.

Основное показание к ЗПТ у данного пациента

Из вариантов: снижение азотистых шлаков, K+, гипervолемии, в данной ситуации основное показание-снижение удаление избытка жидкости.

Ваш выбор метода экстракорпоральной детоксикации у больного. Интермиттирующий ГД ультрафильтрацией с профилированием Na+ в процессе процедуры.

Нужна ли коррекция анемии у данного больного?

В лечении анемии в данной ситуации нет необходимости. Основной причиной критического снижения Нв является гемодилуция, дополнительной -дефицит эритропоэтина,.

26.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной К., 40 лет (75 кг), поступил в приемное отделение по поводу ножевого торакоабдоминального ранения.

Объективно: сопор, бледность кожных покровов и слизистых, дыхание спонтанное с частотой до 40 в мин, подкожная эмфизема мягких тканей правой половины грудной клетки, тахикардия 130 в мин, АД 70/30 мм.рт.ст., живот мягкий, шумы перистальтики выслушиваются.

Скрининг анализы:

Группа крови 0(I)Rh+, Нв 52г/л, Нт 18%, Эр. 1,7×1012/л., Тр. 213 ×103/л Мочевина 5,2 ммоль/л, Креатинин 56 мкмоль/л, К 3,8ммоль/л., ЭКГ: синусовая тахикардия, Рo-графия легких: правостороннее субтотальное легочное затемнение. УЗИ брюшной полости: свободной жидкости нет. После осмотра хирурга больной по экстренным показаниям берется в операционную. Вызван анестезиолог-реаниматолог.

Определить последовательность мероприятий, необходимых в дооперационном периоде

- 1.Необходимые дополнительные лабораторные данные: -АЧТВ, ПТИ; -сахар крови, электролиты, КЩС.
- 2.Манипуляции:

-Обеспечение сосудистого доступа; 3.Предоперационная подготовка:

-Определение ответственного трансфузиолога, заказ компонентов крови;

-Начало инфузионной терапии, гемодинамической поддержки при геморрагическом шоке является норадреналин, мониторинг; -Дыхательная поддержка по результатам КЩС.

Предположительное определение дефицита ОЦК у пациента, объёма возмещения и перечень необходимых инфузионных сред

Исходя из клинико-лабораторных данных класс кровопотери 40% и более от ОЦК, т.е.2-2,5литра. Объём возмещения составляет условно 3,5-3,8 литра. Инфузионные среды: эритроцитарная взвесь, альбумин, синтетические коллоиды, сбалансированные кристаллоиды.

Выбор препарата для вазопрессорной поддержки. Показание к его использованию.

Наиболее оптимальным препаратом для вазопрессорной поддержки при геморрагическом шоке является норадреналин. Его преимущества: Прямой адренэргический агонист, перераспределяет кровоток в пользу головного мозга и сердца, оказывает альфа-1 и альфа-2 вазоконстрикторное действие; эффективен при отсутствии реакции на фенилэфрин. Норадреналин назначается в связи с неэффективностью инфузионной терапии и отменяется после восстановления ОЦК

Какие препараты могут быть применимы для коррекции гемостаза у данного больного?

- 1.Донаторы факторов свертывания: СЗП, криопреципитат, ПРОТРОМПЛЕКС, ФЕЙБА;
- 2.Ингибиторы активированного фибринолиза: транексам

Какое осложнение вызывает замена сбалансированных кристаллоидов на NaCl в инфузионной программе.

Декомпенсированный гиперхлоремический метаболический ацидоз

27.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной С., 47 лет (54кг.). Поступил в отделение реанимации с диагнозом: желудочно-кишечное кровотечение, геморрагический шок 3 ст. При поступлении больной в сопоре, слабый, адинамичный, бледность кожных покровов, выраженная одышка. Пульс до 120 в мин, АД 70/40 мм.рт.ст., ЦВД 0 мм.рт.ст., анурия.

Результаты скрининг-исследований: Нв -60 г/л, Нт -18 %, Тр. 213 ×103/л., Мочевина 40 ммоль/л, Креатинин 336 мкмоль/л, К 4,8ммоль/л., лактат 6,4 ммоль/л. Осмотрен хирургом, рекомендована операция.

Из анамнеза: в течение 12 лет страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки, обострение 2 суток назад. Появилась рвота кофейной гущей, резкая слабость, потеря сознания. Находился дома без оказания экстренной помощи.

Определить последовательность лечебно-диагностических мероприятий у данного больного.

- 1.Инфузионно-трансфузионная терапия, при необходимости вазопрессорная поддержка и ИВЛ;
- 2.Дополнительные методы исследования: ФГДС, группа крови и Rh-фактор, КЩС.

3.УЗИ брюшной полости с определением размеров почек и почечного кровотока.

Дальнейшая тактика определяется характером источника кровотечения и стабильностью гемостаза.

Дать патофизиологическое объяснение показателям гемостаза и причин анурии.

У пациента гиподинамическая стадия геморрагического шока, тяжелый метаболический ацидоз. При отсутствии дополнительных находок при УЗИ почек – преренальная почечная недостаточность.

Определить основную задачу лечения, необходимость ЗПТ в данном клиническом случае.

Основной задачей является лечение геморрагического шока. Абсолютных показаний к проведению ЗПТ нет.

Какие особенности ИТ при лечении геморрагического шока возникают при сохраняющейся анурии.

1.Тщательный мониторинг: водного баланса, гемодинамики, гемостаза и КЩС;

2.Ограничение кристаллоидных инфузионных сред

Какие безопасные варианты антикоагуляции могут быть использованы при ЗПТ у данного пациента?

1.Безгепариновый диализ;

2.Минимальная перфузионная антикоагуляция нефракционированным гепарином под контролем АЧТВ;

3.Цитратная антикоагуляция.

28. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Ж., 53 лет. В отделение реанимации поступила направительным диагнозом: автодорожная травма, перелом костей таза, правого бедра, Травматический шок 3 ст. За час до поступления в стационар была сбита автомашиной. Обстоятельства травмы не помнит. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых, тахикардия до 130 в мин, АД -70/40 мм.рт.ст. Лабораторно: гемоглобин -60 г/л, гематокрит -18 %, Na – 132ммоль/л, К -4,3ммоль/л, альбумин -18г/л, мочевины -12ммоль/л, креатинин -136мкмоль/л, К-4,6ммоль/л.макрогематурия. Больная осмотрена травматологом, нейрохирургом, хирургом. От оперативного вмешательства решено воздержаться. Больная переведена в отделение реанимации для дальнейшего лечения.

Определить последовательность лечебно-диагностических мероприятий у данного больного.

1.Инфузионно-трансфузионная терапия, при необходимости вазопрессорная поддержка и ИВЛ;

2.Дополнительные методы исследования: ФГДС, группа крови и Rh-фактор, КЩС.

3.УЗИ брюшной полости с определением размеров почек и почечного кровотока.

Дальнейшая тактика определяется характером источника кровотечения и стабильностью гемостаза.

Дать патофизиологическое объяснение показателям гемостаза и причин анурии.

У пациента гиподинамическая стадия геморрагического шока, тяжелый метаболический ацидоз. При отсутствии дополнительных находок при УЗИ почек – преренальная почечная недостаточность.

Определить основную задачу лечения, необходимость ЗПТ в данном клиническом случае.

Основной задачей является лечение геморрагического шока. Абсолютных показаний к проведению ЗПТ нет.

Какие особенности ИТ при лечении геморрагического шока возникают при сохраняющейся анурии.

1.Тщательный мониторинг: водного баланса, гемодинамики, гемостаза и КЩС;

2.Ограничение кристаллоидных инфузионных сред

Какие безопасные варианты антикоагуляции могут быть использованы при ЗПТ у данного пациента?

1.Безгепариновый диализ;

2.Минимальная перфузионная антикоагуляция нефракционированным гепарином под контролем АЧТВ;

3.Цитратная антикоагуляция.

29. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной К., 40 лет (Мт 74 кг) поступил в приёмный покой с клиникой острой массивной кровопотери, обусловленной ножевым ранением брюшной полости. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния пациент без

лабораторных данных взят в операционную, где на фоне инфузионной терапии произведена ревизия брюшной полости. Интраоперационно обнаружено ранение селезенки и кишечника, внутрибрюшная кровопотеря до 2500мл. Интраоперационная инфузионная терапия: Natrii Chloridi 0,9% -3000,0, Venofundini -1000,0, однократная Эритроцитарная взвесь -580,0. Доставлен в ОРИТ с признаками выраженной гемодинамической нестабильности: АД -75/40 мм.рт.ст., ЧСС -54 в минуту, SpO2 -88%, Ht -14,4%, Hb -33,4г/л, Альбумин -16г/л, АЧТВ -68 сек., рНа -6,8, лактат - 8,4ммоль/л. Анурия. Гемодинамическая поддержка – S.Noradrenalini 2 мкг/кг/мин. В течение 6 часов больной умирает при нарастающей картине отёка мозга и анурии.

Были ли ошибки интраоперационной инфузионной терапии. Если да, то какие?

Да были. Если объёмные показатели инфузионной терапии адекватны, то качественный состав требовал коррекции:

1.Недостаточный объём компонентов крови;

2.Использование избыточного количества Natrii chloridi;

3.Не использование сбалансированных кристаллоидов;

4.Отсутствие альбумина.

Какие патогенетические механизмы развития отёка мозга и ОПН у пациента?

1.Гипоперфузия;

2.Гемическая гипоксия;

3.Метаболический ацидоз.

Какой уровень лактата имеет высокую прогностическую ценность в отношении послеоперационной летальности.

Уровень лактата \geq 4ммоль/л.

Правильно ли выбран препарат для вазопрессорной поддержки?

Да, правильно. Преимущества норадrenalина: перераспределяет кровоток в пользу головного мозга и сердца, оказывает альфа-1 и альфа-2 вазоконстрикторное действие.

Насколько оправдана в данной клинической ситуации реинфузия крови?

В связи с ранением кишечника и инфицированием крови её реинфузия неоправдана. В условии задачи не было данных о дефиците донорских компонентов крови.

30. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У больного С., 43 лет (68кг), во время лапаротомии по поводу распространенного гнойного перитонита возникло кровотечение в объёме 1000мл. Проведена следующая интраоперационная инфузионно-трансфузионная терапия:

СЗП – 1800,0, Эр.взвесь -980,0, Венофундин -500,0 Natrii chloride 0,9%-500,0. Без гемодинамической поддержки, с АД -165/65 мм.рт.ст., ЧСС -62 в мин., SpO2 -93% доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Анализ при поступлении:

Ht -41,4%, Hb -124г/л, АЧТВ -38 сек., лактат – 1,2ммоль/л. Экстубирован через 2 часа на фоне полного сознания и самостоятельного эффективного дыхания. Через 4 часа с момента экстубации у больного появилась нарастающая одышка, снижение SpO2 до 88→82%. Больной повторно интубирован, переведен на ИВЛ.

Насколько правильно произведена интраоперационная инфузионная терапия?

Объём кровопотери составляет 20% ОЦК. С учетом возможной начальной гиповолемии у пациента общий объём инфузии можно считать адекватным. Сомнения вызывает необходимость использования компонентов крови вообще и в таком количестве – в частности. Отсутствие общего анализа крови интраоперационно и результаты анализов после операции подтверждают этот вывод.

На сколько процентов повышает Ht одна доза эритроцитарной взвеси.

В среднем, одна доза эритроцитарной взвеси повышает Ht на 3%. Отклонения от расчетных показателей возможны при ятрогенной гемодилюции или продолжающемся кровотечении.

Какие возможные причины развития острой дыхательной недостаточности у пациента в раннем послеоперационном периоде.

При отсутствии первично-легочной патологии в дооперационном периоде возможными причинами развития острой дыхательной недостаточности у данного пациента могли быть:

1.невывявленная своевременно однократная интубация с развитием ателектаза;

2.осложнения катетеризации центральной вены;

3.синдромлегочного повреждения на фоне массивной трансфузии компонентов крови (TRALI).

Каким образом можно предупредить синдром легочного повреждения на фоне массивной трансфузии компонентов крови (TRALI).

Синдром легочного повреждения в связи с массивной трансфузией компонентов крови предупреждают:

1. применением кровосберегающих технологий;

2. использованием аутоккомпонентов крови;

3.тщательно соблюдая показания к переливанию компонентов крови.

Какие общие принципы лечение TRALI?

TRALI является вариантом ОРДСВ. В связи с чем, основные принципы лечения соответствуют лечению ОРДСВ:

- 1.Использование ИВЛ в режиме протективной вентиляции;
- 2.Инфузионная и нутриционная терапия с поддержанием нулевого баланса;
- 3.Лечение основного заболевания;
- 4.Предупреждение и своевременное лечение синдрома полиорганной недостаточности.

31.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У пациента 55 лет (72 кг) с термическим ожогом II-III степени, с поражением 25% площади тела на 5 день от момента травмы нестабильная гемодинамика (АД-80/50мм.рт.ст., ЧСС-124 в мин.).

Объективно: состояние средней тяжести, оглушение I, кожные покровы бледные, сухие, лихорадка до 37,60 С. Дыхание самостоятельное, ЧДД 22 в минуту, SpO₂ - 96%, самостоятельно не имеет возможности пить, живот мягкий, участвует в акте дыхания, шумы перистальтики активные.

Лабораторные данные: Эр. 4,3×10¹²/л, Нв 512г/л, Нт – 47% Ле 10,4×10⁹, Тр -190×10³, рНа – 7,3, Общий белок 48 г/л, Альбумин 25 г/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, мочевины 13 ммоль/л, Na -132,3 ммоль/л, К -2,3 ммоль/л, Pct -0,8нг/мл., АЧТВ -36 сек., Фибриноген – 4,8 г/л., лактат -4,3 ммоль/л.

Чем обусловлена гипотония у данного больного?

Исходя из клинко-лабораторных данных состояние гипотонии у пациента связана с гиповолемией и недостаточностью нутриционной поддержки. Необходимо:

- 1.провести регидратацию с коррекцией электролитного состава, уровня альбумина;
- 2.обеспечить пациента энтеральным питанием по расчётному калоражу.

Можно ли, на основании клинко-лабораторных данных поставить диагноз инфекционно-токсический шок?

У пациента нет данных за сепсис и за инфекционно-токсический шок. В соответствии с рекомендациями SEPSIS -3 основными критериями сепсиса должны быть клинко-лабораторные признаки полиорганной недостаточности, а ИТШ – отсутствие эффекта от проводимой инфузионной терапии при установленном диагнозе-сепсис.

Какие группы инфузионных сред оптимально использовать у данного пациента?

- 1.Для проведения регидратации используются сбалансированные кристаллоиды. Коррекция Na⁺ и K⁺ осуществляется как инфузионной средой, так и с помощью расчетных добавок электролитов в инфузионные среды.
- 2.Раствор альбумина.

Какой метод нутриционной терапии является оптимальным для данного пациента и почему?

Энтеральное питание. Исходя из невозможности использовать сипинг, методом выбора является зондовое питание.

Какой суточный калораж/кг Мт в среднем должен быть у данного пациента. Как его правильно рассчитать?

Для пациентов с ожогами в среднем суточный калораж составляет 30-35 ккал/кг Мт. Оптимальным методом его подсчета является метод непрямой калориметрии, дополнительным – по формуле Харриса и Бенедикта.

32.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Р. (кормящая грудью мать), 32 года обратилась с поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38-39С, озноб, ухудшение общего состояния, сильные боли в правой молочной железе, увеличение железы в объеме. Объективно – состояние средней тяжести, румянец на лице. Сознание ясное, признаки возбуждения. АД -136/74 мм.рт.ст., ЧСС -104 в мин., ЧДД 16 в минуту, SpO₂ -94%.

Локальный осмотр: правая молочная железа увеличена в размере, в верхнее-наружном сегменте – выраженная краснота, болезненность, сомнительный феномен флюктуации.

Сделан развернутый ОАК: Ле -17,4×10⁹, полочко-ядерный сдвиг 13%, Тр -154×10³, Нт -46%, Общий белок – 54г/л, Альбумин -38г/л, Мочевина 6,8 ммоль/л, Креатинин 86 мкмоль/л, Pct -1,2 нг/мл, АЧТВ -23 сек.

Поставьте предварительный диагноз у пациентки. Его обоснование.

Предварительный диагноз - Острый гнойный мастит в связи с:

- 1.локальной клинической картины;
- 2.высокой лихорадкой;
- 3.высоким лейкоцитозом с палочкоядерным сдвигом.

Какова дальнейшая тактика ведения пациентки? Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для подтверждения диагноза.

Больная должна быть госпитализирована в хирургический стационар. Вопрос об использовании хирургического метода лечения определяется результатами дополнительных методов исследования: УЗИ места инфильтрации молочной железы, в случае сомнения - пункция очага под контролем УЗИ. При диагностике гнойного очага – вскрытие.

Определите направления лечения пациентки в условиях стационара. Нуждается ли она в переводе в блок интенсивной терапии.

Основными направлениями лечения пациентки являются:

- 1.хирургическое лечение, если оно показано;
- 2.сцеживание молока;
- 3.Эмпирическая антибактериальная терапия.

В случае наличия биоматериала и проведения бактериологического исследования – переход нацеленаправленную антибактериальную терапию.

Можно ли поставить этой пациентке диагноз сепсис?

В соответствие с критериями Sepsis-3 для установления диагноза «сепсис» необходимы признаки органной дисфункции. Чего нет у данной пациентки. Диагноз сепсис поставить нельзя, однако больная требует тщательного наблюдения с динамическим контролем лабораторных показателей.

Нуждается ли пациентка в использовании методов экстракорпоральной детоксикации, других методов иммунокоррекции?

Исходя из клинко-лабораторных данных, больная не нуждается в использовании методов экстракорпоральной детоксикации. Для использования концентрированных иммуноглобулинов так же нет показаний.

33.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В отделение гнойной хирургии поступил больной В.. 18 лет. Предъявляет жалобы на сильные распирающие боли, усиливающиеся при движении в области правого бедра.

Из анамнеза: ежегодно 2-3 раза за последние 3 года проходит стационарное лечение по поводу обострения хронического тонзиллита. В амбулаторных условиях периодически лихорадка 37,30С-37,60С. Посевы крови на гемокультуру отрицательны. Лекарственной непереносимости нет. Болевой синдром возник внезапно на фоне лихорадки до 38,40С 4 суток назад.

При осмотре у больного припухлость и болезненность при пальпации правого бедра. В анамнезе травма исключена. Хирург поставил предварительный диагноз - гематогенный остеомиелит, предположительно стафилококковой этиологии. Сепсис. В связи с выраженной дыхательной недостаточностью, после осмотра реаниматолога – переведен в ОРИТ.

Объективно: оценка по Глазго -13 баллов, лихорадка -39,80С, АД -96/56 мм.рт.ст., ЧСС -114 в мин., ЧДД -24 в минуту, SpO₂ -93об%, диурез за предыдущие сутки - 400,0. Оценка по шкале SOFA -7. Основные данные лабораторных исследований, взятые для составления листа назначения: Ле -18×10⁹, Нв-118г/л, Тр -54×10⁹, K⁺ -2,8 ммоль/л, Na⁺ -132,6 ммоль/л билирубин -66 мкмоль/л, Мочевина 14 ммоль/л, Креатинин 196 ммоль/л, Альбумин -23 г/л, рНа - 7,25, раО₂-48 мм.рт.ст., раСО₂ -47 мм.рт.ст., ВЕ =-6,4 ммоль/л, лактат - 3,4 ммоль/л, RI -198%. АЧТВ - 56 сек., ПТИ -48%. Данные ТЭГ: CI = -3,8, Lys 30 -18%,.

На основании каких данных врач-реаниматолог перевел пациента в ОРИТ?

Перевод проведен на основании оценки клинических и лабораторных данных пациента комплексное выражение этого- оценка по шкале SOFA -7 баллов. На тактику врача-реаниматолога повлияли

- 1.клинические данные: оценка по Глазго -13 баллов, нестабильная гемодинамика, признаки дыхательной недостаточности;
- 2.лабораторные данные: субкритическое изменение всех лабораторных показателей. Изменения соответствуют активному системному воспалению, тяжелым электролитным нарушениям, гипопротеемии, сочетанному метаболическому и дыхательному ацидозу, ДВС-синдрому.

Как вы охарактеризуете гемодинамику пациента. Соответствует ли она критериям инфекционно-токсического шока? Нуждается ли пациент в гемодинамической поддержке?

Гемодинамика пациента: АД -96/56 мм.рт.ст., ЧСС -114 в мин. АДср=69,3 мм.рт.ст. Данные показатели не соответствуют критериям септического шока. Больной не нуждается в гемодинамической поддержке, необходима инфузионная терапия в связи с признаками гипоперфузии.

Охарактеризуйте функцию дыхания у пациента на основании клинко-лабораторных данных. Какие дополнительные методы исследования необходимы для ее оценки?

На основании клинко-лабораторных данных у больного выраженная дыхательная недостаточность, сочетанный дыхательный и метаболический ацидоз. С целью дифференциальной диагностики ОРДСВ и септической пневмонии необходимо проведение КТ легких.

Определите направления и особенность инфузионной терапии у данного пациента:

Направления инфузионной терапии:

1. Коррекция электролитных расстройств;
2. Коррекция гипоальбуминемии;
3. Лечение ДВС-синдрома.

Особенность инфузионной терапии – поддержание нулевого водного баланса.

Охарактеризуйте состояние гемостаза у пациента по предоставленным лабораторным данным условия задачи.

Лабораторные показатели определяют у пациента наличие гипокоегуляции с потреблением тромбоцитов. Данные тромбозластограммы дополнительно выявляют у пациента активацию вторичного фибринолиза. На этом основании можно интерпретировать состояние гемостаза как ДВС-синдром III стадии.

34. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В приёмный покой многопрофильного стационара поступил без сознания 45-летний мужчина. При осмотре больного: сопор-кома I, сомнительный запах алкоголя изо рта, ригидность затылочных мышц, кожные покровы бледные, холодные, на голенях и бедрах массивная петехиальная сыпь, температура тела 39,0С, пульс 120 ударов в минуту, АД 115/75 мм.рт.ст.

Врач приемного покоя поставил диагноз: Алкогольная интоксикация? Консультирующий больного врач-инфекционист заподозрил менингококковый менингит. При люмбальной пункции ликвор вытек под давлением, был мутный.

Больной переведен в ОРИТ. Оценка состояния: состояние тяжелое, оценка по Глазго -8 баллов, ЧДД -10 в мин., SpO₂ -93%, АД -110/86мм.рт.ст., ЧСС -114 в мин. Данные лабораторного скрининга: Ле -28×10⁹/л, Нв-138г/л, Нт -45%, Тг -156×10³/л, общий белок 56 г/л, альбумин -23 г/л, мочевины 12 ммоль/л, креатинин 156 ммоль/л, Na⁺ -132ммоль/л, K⁺ -3,0ммоль/л, белок -58 г/л, рНа- 7,15, pаO₂-68 мм.рт.ст., pаCO₂-48 мм.рт.ст., BE =-5,3 ммоль/л, RI -278%. АЧТВ – 34 сек., АТШ 84%, ПТИ -78%. Цитоз ликвора 5600, нейтрофилы -84%. Данные ТЭГ: CI = 4,8, Lys 30 -0%, Pct -16нг/мл., лактат -2,8ммоль/л.

Определите основные направления инфузионной терапии у данного пациента. Определите последовательность этих направлений по значимости.

Основные направления инфузионной терапии для больного с менингитом с учетом клинико-лабораторных данных:

1. антибактериальная терапия;
2. инфузионная терапия с коррекцией расстройств гемостаза;
3. ИВЛ с использованием медикаментозной седации и протективной стратегии вентиляции;

Определите основные направления инфузионной терапии у данного больного и группу инфузионных сред для их осуществления.

Основные направления инфузионной терапии у данного больного:

1. регидратация;
2. Коррекция электролитных расстройств и КЩС.

Наиболее оптимальные растворы –сбалансированные кристаллоиды.

Есть ли показания к проведению ИВЛ у данного пациента

У данного пациента есть абсолютные показания к проведению ИВЛ 1.легочные показания: брадипноэ, дыхательный ацидоз, ОРДСВ I ст. 2.нелегочные показания: отёк мозга, сочетанный метаболический ацидоз

Какие особенности выбора антибактериальной терапии у данного пациента?

Исходя из тяжести клинической картины, отсутствия подтвержденного возбудителя антибактериальная терапия должна:

1. быть комбинированной;
2. иметь максимальные терапевтические дозы;
3. выбор препаратов основан на их прохождении через гемато-энцефалический барьер.

Как можно охарактеризовать состояние гемостаза у данного больного, исходя из лабораторных данных. Ваш вариант коррекции данного состояния.

Это один из случаев, когда показатели не дают информации об изменениях гемостаза и направлениях его коррекции. На основании данных ТЭГ можно сделать вывод о гиперкоагуляционном синдроме и угнетении фибринолитической активности. Больной нуждается в контролируемой гепаринотерапии, не смотря на кожные проявления геморрагического синдрома.

35. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В отделение ИТ из операционной переведена больная Ш., 75 лет (90кг) после операции ампутация правого бедра под перидуральной анестезией.

Основной диагноз: Сахарный диабет, инсулинозависимый, тяжелое течение, диабетическая стопа, влажная гангрена правой голени. XIII V. Дооперационные анализы: Эр.-2,6×10¹²/л, Нт -24%, Ле-24×10⁹/л, Na-128ммоль/л, К-6,5ммоль/л, Глюкоза крови-31,4 ммоль/л, Кетоны мочи +++, мочевины-24,4 ммоль/л, креатинин -440ммоль/л. Размеры почек по данным УЗИ: правая 85/35 мм., левая 78/34 мм. Интраоперационно введено: Venofundini 500,0 Natrii chloride 0,9%-2500,0.

При поступлении: состояние тяжелое, одышка до 35 в мин., выслушиваются влажные хрипы по всем легочным полям, SpO₂-88%, АД-118/65, ЧСС-54 в мин., ЦВД-12 мм.рт.ст., перидурально 14 часовой диурез составил-150,0.

Данные КЩС: белок -48 г/л., мочевины 31,0 ммоль/л, креатинин 480ммоль/л, Na 134ммоль/л, К 7,5ммоль/л, лактат – 4,8ммоль/л, рНа- 6,8, pаO₂-61 мм.рт.ст., pаCO₂ -31 мм.рт.ст., BE =-12,3 ммоль/л, RI -258%. АЧТВ – 58 сек., АТШ 44%, ПТИ -46%. Данные ТЭГ: CI = -3,8, Lys 30 -15%, лактат -3,8ммоль/л.

1. Какие направления в лечении пациентки следует считать основными? Определите их последовательность по степени значимости.

Наиболее опасными в данном состоянии у пациентки являются дыхательная недостаточность, гиперкалемия, гипергидратация, состояние некупированного кетоацидоза

Основными направлениями в лечении являются:

1. перевод больной на ИВЛ;
2. проведение интермиттирующего диализа с профилированием Na⁺ и ультрафильтрацией.
3. контроль гликемии в процессе проведения ЗПТ с коррекцией путём инсулинотерапии.

2. Какие ошибки интраоперационной инфузионной терапии вы определили.

1. избыточный объём инфузии;
2. отсутствие показаний к использованию ГЭК;
3. не было лечебных назначений, направленных на снижение уровня K⁺;
4. не было коррекции гипергликемии.

3. Определите место ЗПТ в лечении данной пациентки

Оптимально для этой пациентки проведение ЗПТ в дооперационном периоде с целью коррекции гиперкалемии, гипонатремии, метаболического ацидоза и гипергидратации.

4. Есть ли необходимость в нутриционной поддержке у данной пациентки. Какой вариант для неё является предпочтительным?

Больной необходима нутриционная поддержка. Оптимальное её проводить после купирования кетоацидоза и гипоперфузии. Наиболее оптимальным вариантом является зондовое питание с использованием диабетических смесей.

5. Дайте характеристику гемостазу у данной пациентки, исходя из лабораторных данных, и определите принцип его коррекции.

У больной гипокоегуляционный синдром с дефицитом АТШ. Таким образом, использование СЗП необходимо по двум причинам. По данным ТЭГ выявлена активация вторичного фибринолиза.

36. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная З, 21 год (51,5кг) поступила в отделение интенсивной терапии из приёмного покоя. Направительный диагноз: внегоспитальная пневмония.

Из анамнеза: больна в течение 3 суток. Рассказывает клинику ОРВИ с лихорадкой до 39,0С и трахеита. Состояние средней тяжести, оглушение II. Отмечается умеренный акроцианоз. Дыхание самостоятельное, аускультативно – хрипов нет, ЧДД 20 в мин., SpO₂ 91%. Гемодинамика 105/60мм.рт.ст. (её норма -120/70 мм.рт.ст.). Температура 37,80С. Данные лабораторно-инструментального скрининга: Эр. -4,2×10¹²/л., Ле -24×10⁹/л., КФК -760МЕ, СРБ- 60 мг/л, общий белок -55г/л, мочевины -1,2ммоль/л, Pct 0,8 нг/мл., рН-7,15, pO₂a 74мм.рт.ст., pCO₂-56мм.рт.ст, BE=-12 ммоль/л, RI-203, уровень лактата-2,6 ммоль/л. На Ro-графии легких патологии не выявлено. По результатам компьютерной томографии – «феномен матового стекла тотально по легочным полям.

1. Предположительный диагноз у пациентки. Какие направления терапии у данной пациентки являются основными?

Исходя из клинико-лабораторных данных, у больной двусторонняя интерстициальная вирусная пневмония. По скорости развития и по особенностям клинки нельзя исключить гриппозный пневмонит.

Основными направлениями лечения являются:

1. противовирусная пневмония;
2. обеспечение адекватной вентиляции.

2. Нуждается ли пациентка в ИВЛ? Если да, то в каком варианте и почему?

Пациентка нуждается в ИВЛ. Несмотря на широкое внедрения методов НИВЛ, для данной пациентки необходима инвазивная вентиляция. Причинами выбора является:

1. быстрое прогрессирование заболевания;
2. наличие ОРДСВ;
3. сочетанный дыхательный и метаболический субкомпенсированный ацидоз;
4. признаки тканевой гипоперфузии.

3. Отношение к антибактериальной терапии у пациентов с тяжелым течением вирусной пневмонией.

1. при тяжелом течении АБТ назначается превентивно с использованием эмпирической терапии комбинацией оригинальных препаратов;
2. обязательный микробиологический контроль;
3. своевременный переход на целенаправленную схему АБТ.

4. Отношение к инфузионной терапии у пациентов с тяжелым течением вирусной пневмонией.

Инфузионная терапия должна быть минимальна. Она малообъемная и направлена на коррекцию грубых нарушений КЩС и ВЭБ.

5. Нутриционная терапия у больных с тяжелым течением вирусной пневмонией. Основной метод и особенности используемых питательных смесей

1. Основным методом нутриционной терапии является зондовое или сипинговое питание;
2. питательные смеси содержат низкий процент углеводов и жировые эмульсии на основе рыбьего жира.

37. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В ОРИТ поступил пациент С., 48 лет (68 кг) после операции дуоденотомии, ушивания кровотокащей язвы 12 перстной кишки. У пациента постнаркозная депрессия, аппаратное дыхание, АД 100/60 мм.рт.ст., SpO₂ 94,0%, ЧСС - 118 в мин. Гемодинамическая поддержка: Noradrenalin 0,18 мкг/кг/мин. Интраоперационные анализы: Эр -1,8×10¹²/л, Нт -19%, мочевина-32 ммоль/л, креатинин-718 мкмоль/л, Na⁺ 130 ммоль/л, К 6,8 ммоль/л, лактат - 5,8 ммоль/л, рНа-7,1. АЧТВ 140 сек, ПТИ 1,8, АТ III-20%. Диурез за последние 6 часов -50 мл.

Из анамнеза: болен в течение 3-ех суток. Появилась внезапная слабость, головокружение, рвота в виде кофейной гущи. Живет один. Находился дома без лечения до сегодняшних суток. Госпитализирован после звонка социального работника на СМП. Поступил в состоянии тяжелого геморрагического шока IV ст. Гемодинамика 65/30 мм.рт.ст. После ФГДС на фоне инфузионной терапии взят операционный с диагнозом: Кровотокащая язва луковицы 12 перстной кишки.

1. Какой механизм повышения азотистых шлаков у пациента. Рассмотрите все варианты.

У данного пациента, исходя из краткого анамнеза, могут все варианты почечного повреждения:

1. Преренальный;
2. ренальный;
3. постренальный

В том числе возможны варианты ОПП, ХПП и ОПП.

2. Какие методы исследования позволяют дифференцировать вид почечного повреждения?

1. Методом УЗИ с оценкой почечного кровотока возможна дифференцировка ОПП и ХПП;
2. постренальный механизм ОПП и наличие вторичного гидронефроза последовательно исследуется на локализацию блока: почка, мочеточник, мочевой пузырь и предстательная железа. Используемые методы: КТ, сцинтиграфия почек, уретерография, цистография, осмотр предстательной железы;
3. наиболее сложна дифференцировка преренальной и ренальной ОПП в случае её неразрешения. В данном случае полноценную информацию даёт пункционная биопсия.

3. Есть показания к проведению ЗПТ у данного больного? Какие особенности его проведения?

Да, пациенту необходимо проведение ЗПТ. Особенности проведения: минимальная или отсутствие гепаринизации, необходимо продолжить переливание Эритроцитарной взвеси и СЗП.

4. Насколько необходима нутриционная терапия у данного больного? С какого вида питания начнётся нутриционная терапия?

В состоянии некупированного шока нутриционная терапия не показана. После стабилизации состояния начальным видом питания будет парэнтеральное.

38. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Поступил пациент К., 48 лет (98 кг.) с диагнозом: Инфекционный эндокардит, недостаточность митрального клапана (II-III ст), гипертрофия левого предсердия, правого желудочка. Легочная гипертензия. Анасарка. Кардиоренальный синдром 2 типа. Состояние тяжелое. Акроцианоз. Выраженные отеки по всему телу. Ортопноэ, влажные хрипы с обеих сторон, SpO₂ 87%, АД 81/56 мм.рт.ст., ЧСС 114 в мин. По данным УЗИ –двусторонний гидроторакс, ГФИ 18%, размеры почек 104×50 мм и 108×54 мм., корковый слой соответственно: 9 мм и 12 мм. Мочи нет, несмотря на суточную дозу салуретиков до 300 мг.

Лабораторные данные: Нт-46%, Эр-4,8×10¹²/л, общий белок 46 г/л, альбумин -18 г/л, Na⁺-136 ммоль/л, К⁺-3,8 ммоль/л, мочевина 18 ммоль/л, креатинин 245 мкмоль/л.

1. Определите основные направления лечения пациента

1. Снижение объема интерстициальной жидкости;
2. кардиопротективная терапия.

2. Определите оптимальный метод снижения объема интерстициальной жидкости у данного пациента.

Использование низкопоточного длительного ГД с ультрафильтрацией.

3. Какие способы обеспечивают стабилизацию гемодинамики при проведении данной процедуры.

1. Скорость ультрафильтрации;
2. профилирование Na⁺;
3. введение альбумина.

4. Какие методы обеспечения стабилизации крови в экстракорпоральном контуре могут быть применимы у данного пациента?

1. Длительная перфузионная гепаринизация под контролем АЧТВ;
2. использование дробного введения низкомолекулярных гепаринов;
3. цитратная антикоагуляция.

5. Назовите наиболее перспективный вариант лечения, позволяющий значительно улучшить долгосрочный прогноз у данного пациента.

Трансплантация сердца после обеспечения стабилизации пациента.

39. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В приёмный покой многопрофильного стационара поступила больная С., 53 года с клиническими признаками ангионевротического отека: выраженный отек лица, век, губ, языка. Сознание ясное, кожные покровы несколько бледные. Дыхание самостоятельное, ЧДД 24 в мин., SpO₂ 93%, аускультативно выслушиваются множество свистящих хрипов. Гемодинамика: АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС 88 в мин.

Из анамнеза: у пациентки в весенний период на протяжении последних 3-ех лет количество рецидивов отека Квинке увеличивается, усиливается тяжесть состояния вплоть до использования ИВЛ. Результаты скрининг-лабораторных исследований: Эр- 4,5×10¹²/л, Ле-14,5×10⁹/л, уровень лактата -4,2 ммоль/л, СРБ 45 мг/л. На руках у пациентки анализ: Уровень IgE -1054 ЕД (референтные нормы до 100 ЕД).

1. Каким образом обеспечить медицинскую помощь пациентке:

1. Введение лекарственных препаратов и реаддресация пациентки в амбулаторию под наблюдением врача-аллерголога;
2. госпитализация в профильное отделение;
3. вызов на осмотр врача- реаниматолога, госпитализация под наблюдение в ОРИТ.

С учётом данных анамнеза, клинико-лабораторных данных необходим вызов на осмотр врача- реаниматолога, госпитализация под наблюдение в ОРИТ.

2. Определите препараты 1-ой линии в лечении данной пациентки.

Парентеральные α В-адреномиметики, ингаляционные В2-адреномиметики.

3. Препараты 2-ой линии в лечении данной пациентки.

1. Глюкокортикоиды;
2. ксантины;
3. H1-H2-блокаторы.

4. Отношение к инфузионной терапии в лечении данной пациентки.

Инфузионная терапия не является патогенетическим методом лечения.

Используются только кристаллоиды для коррекции гиповолемии.

5. Какие методы экстракорпоральной детоксикации являются методом выбора в лечении данной пациентки?

Плазмаферез после купирования дыхательной недостаточности.

40. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Х., 49 лет поступил в ОРИТ после операции ушивания прободной язвы желудка, лаважа и дренирования брюшной полости в связи с сопутствующим разлитым гнойно-фибринозным перитонитом. Состояние при поступлении крайне-тяжелое: Оценка по Глазго 8 баллов, SOFA 11 баллов, Нестабильная гемодинамика:

АД 70/50 мм.рт.ст., ЧСС 128 в мин., Т-ра 36,10С, диурез 300 мл/сутки. Лабораторный скрининг: RI-186%, общий белок-41г/л, альбумин- 18г/л ,мочевина -38ммоль/л, креатинин- 356 мкмоль/л, Ле- 4,5×10⁹/л, К⁺=3,2 ммоль/л, Na⁺ = 135ммоль/л, BE= -8,6ммоль/л, билирубин-52 мкмоль/л, лактат- 4,6ммоль/л, Pct-8,6нг/мл.

1. Есть ли основания в установлении у данного пациента диагноза: Абдоминальный сепсис?

Да, есть в связи с признаками СПОН. К ним относятся: ОПН, ОРДСВ, ОПШ, тканевая гипоперфузия, уровень Pct.

2. Есть ли основания в установлении у данного пациента диагноза: Септический шок?

Нет. Необходима оценка гемодинамики на фоне проведения полноценной инфузионной терапии.

3. Какие критерии адекватности инфузионной терапии являются наиболее достоверными?

1.Уровень лактата; 2.стабилизация гемодинамики.

4. Из представленных направлений лечения абдоминального сепсиса выберите основные и расставьте в порядке их значимости в соответствии с данной клинической ситуацией:

- 1.ЗПТ;
- 2.оптимизация ИВЛ;
- 3.антибактериальная терапия;
- 4.нутриционная поддержка;
- 5.инфузионно-трансфузионная терапия.

5. Какой метод экстракорпоральной детоксикации является наиболее показанным в лечении данного пациента

Метод HDF с суммарным объемом эффлюента более 35 мл/кг/час. При сохраняющейся гемодинамической нестабильности –длительный низкопоточный вариант HDF.

41.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

-Больной 65 лет, поступил в приемное отделение кардиологического диспансера с жалобами на жгучие боли за грудиной иррадирующие в левую руку, липкий профузный холодный пот, слабость головокружение. Доставлен в ОАРИТ, состояние ухудшилось, АД снизилось до 70 и 30 мм.рт.ст., цианоз носогубного треугольника, кожный покров бледного цвета. Аускультативно в легких дыхание везикулярное проводится по всем легочным полям, хрипов нет.

На ЭКГ: крупноочаговые ишемические изменения по задней стенке.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

ИБС. Острый коронарный синдром Кардиогенный шок

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз на основании жалоб: жгучие боли за грудиной иррадирующие в левую руку, липкий профузный холодный пот, слабость головокружение.

Доставлен в ОАРИТ, состояние ухудшилось, АД снизилось до 70 и 30 мм.рт.ст., цианоз носогубного треугольника, кожный покров бледного цвета. Аускультативно в легких дыхание везикулярное проводится по всем легочным полям, хрипов нет.

42.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

-Больной 50 лет после простуды перенесенной 7 дней назад сохраняется субфебрильная температура. В течение последних 2 дней стала нарастать одышка и общая слабость. Больной стал отмечать снижение количества мочи. Ночью состояние ухудшилось, вызвана СМП, доставлен в отделение ОРИТ в тяжелом состоянии.

Объективно: Состояние тяжелое, кожный покров цианотичного цвета, АД 80 и 40 мм.рт.ст. ЧДД 30 ЧСС 120, выслушиваются глухие тоны сердца умеренное увеличение печени.

ЭКГ: без очаговых изменений вольтаж зубца R снижен,

Биохимический анализ крови: лейкоцитоз 25 x 10⁹ литр , С- реактивный белок 100 мг/л. тропонин 15 нг/мл, креатинин 250 мкмоль/ л , мочевина 18 ммоль/л,

ЭХО-КГ: Клапаны не изменены

Размер камер – норма, ФВ =30 % ЛГ = 45

На рентгенограмме застойные явления в нижних отделах легких инфильтративных теней не выявлено.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Эндокардит, тяжелое течение

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

43.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

-Пациент 75 лет находился на лечении в кардиологическо диспансере По поводу заднего острого инфаркта миокарда (развившегося 7 дней назад). Обратился за помощью через 24 часов после начала болей. Состояние резко ухудшилось на седьмые сутки, - возникла острая одышка, слабость, удушье. Объективно частота дыхания 32 в минуту, влажные хрипы по всем легочным полям АД 70 и 40 мм. рт. ст.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

ИБС. Повторный инфаркт миокарда Кардиогенный шок. Отек легки

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

44.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В приемное отделение клиники поступил больной с жалобами на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, профузный холодный пот, чувство нехватки воздуха.

Объективно: ЧДД 20-23 минуту АД 150 и 100 мм рт ст ЧСС 87 уд в мин.SpO₂ 97 %

нарастала одышка , цианоз носогубного треугольника АД 75 и 45 ммртст ЧСС 78 уд в мин ЧДД 30 в мин SpO₂ 97 %Вызван дежурный реаниматолог. Через 2 минуты симптомы усилились, появилась бело- розовая пена отделяемая из рта. На ЭКГ острочаговые изменения в области заднебоковой стенки.Больной госпитализирован в отделение ОАРИТ

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

ИБС. Острый коронарный сидром. Кардиогенный шок. Отек легких.

2. Какие неотложные мероприятия следует оказать больному на стационарном этапе в отделении ОАРИТ

- 1.Ингаляции кислорода с этиловым спиртом,
- 2.Sol. Morphini 10 mg/ml- 1 ml внутривенно №1
- 3.Sol. Lasix 1%-10 ml
- 4.Sol.Isoketi 20.0 \200.0
- 5.Антиагрегатная теапия клоитогрель 300 мг, ацетилсалициловая кслота 100 мг
- 6.Бета-блокаторы престариум 10 мг
- 7.игибиторы АПФ реиприл 10 мг
- 8.кардиотоническая поддержка орадrenalin 8 мг/200.0 физиологического раствора
- 9.Статины розувостатин 20 мг крестор 15 мг

45.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной 45 лет астенического телосложения обратился в поликлинику по месту жительства, с жалобами на боли в животе. Из анамнеза известно, что много лет страдает гастритом. Накануне вечером отметил появление черного кола.

Объективно больной бледного цвета, состояние средней тяжести с отрицательной динамикой, АД 70 и 40 мм.рт ст. ЧСС 140 в минуту.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Гиповолемический шок

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

46.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной 27 лет поступил в ОАиР в тяжелом состоянии. Накануне госпитализации жаловался на потрясающие ознобы, общую слабость одышку. Из анамнеза известно что в течение многих лет является инъекционным героиновым наркоманом.

Объективно Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, АД 90 и 30 мм. рт. ст. ЧСС 140 ударов в минуту, аускультативно выслушивается систолический шум в проекции митрального клапана..

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

ИБС. Острый коронарный синдром Кардиогенный шок

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

47.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная 3., 35 лет находилась в хирургическом отделении кардиодиспансера по поводу ревматизма, митрального стеноза, Н1. Предстояла операция митральной комиссуротомии. После небольшой физической нагрузки (поднялась по лестнице на 1 этаж) и внутривенного введения (через 30 минут после нагрузки) 0,5 мл 0,05% раствора строфантина развилась клиника острой дыхательной недостаточности. Вызван дежурный терапевт. При аускультации влажные хрипы по всем легочным полям, пеннистая розовая мокрота. АД 110—120 и 80-85 мм рт. ст. ЧДД 25-30 в минуту. Больная доставлена в палату С момента возникновения состояния прошло около 5 часов. С целью купирования остро возникшей клиники больную экстренно доставляют в отделение реанимации.

1. Наиболее вероятное состояние у пациентки Отек легких

2. Алгоритм неотложных мероприятий

- 1.Ингаляции кислорода с этиловым спиртом,
- 2.Sol. Morphini 10 mg/ml- 1 ml внутривенно №1
- 3.Sol. Lasix 1%-10 ml
- 4.Sol.Isoketi 20.0 \200.0

48.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной С., 45 лет госпитализирован в ОАИР. Из анамнеза известно, что утром внезапно в покое по чувствовал "толчок в грудь", сильное сердцебиение, перебои в работе сердца, выраженную общую слабость. Такие ощущения возникают в течение месяца, устранялись задержкой дыхания, сердцебиение прекращались внезапно. В анамнезе патологий со стороны сердечно-сосудистой системы нет Температура тела субфебрильная 37.1С. Подобные приступы отмечались у ближайших родственников. При осмотре пульс и ЧСС подсчитать невозможно. На ЭКГ - мониторе ритм правильный.

1. Какая патология наиболее вероятна у больного?

Синдром WPW.

2. Какой пароксизм возник у больного?

Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.

49.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

- В отделение реанимации кардиологического диспансера доставлен больной 75 лет. Пациент неделю назад стал отмечать периодически возникающие головокружения с кратковременными эпизодами синкопального состояния.. Потеря сознания не сопровождается судорогами, прикусом языка, амнезией. Страдает ИБС, в анамнезе инфаркт миокарда с з Q по задней стенке левого желудочка.Состояние больного тяжелое. Тоны сердца тихие, ритм сердца правильный. ЧСС 35-40 в мин. АД 150 и 70 мм рт. ст. В лёгких дыхание везикулярное. Печень не увеличена.

1. С чем можно связать приступы потери сознания у данного больного?

Ав блокада 3 степени

2. Какие неотложные мероприятия должны быть оказаны пациенту?

Постановка временной электрокардиостимуляции. Затем хирургическим путем имплантация ЭКС

50.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В отделение реанимации кардиологического диспансера доставлен больной. Больной С., 54 лет, страдающий ИБС. Из анамнеза известно, что пациент долгое время наблюдался у участкового врача-кардиолога по поводу стенокардии напряжения стабильной II ФК.За день до обращения в стационар стал ощущать перебои в работе сердца, чувство "замирания" и долгие паузы в работе сердца. Больной встревожен.

При обследовании отмечается меняющаяся громкость тонов сердца, 10—12 экстрасистол в 1 мин. ЧСС 78 в мин. АД 130 и 80 мм рт. ст. Другой патологии не обнаружено.

1. С чем можно связать данную патологию у больного?

Желудочковые экстрасистолы

2. Какие препараты выбора будут применяться в терапии данного больного?

антиаритмические

51.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У больной во время переливания в/в. капельно раствора гелофузина отмечены озноб, затруднение дыхания, слабость, головокружение, сердцебиение, одышка, угнетение сознания, снижение артериального давления до 90/60 мм. рт.ст.

1. Ваш диагноз?

Анафилактический шок.

2. К какой группе кровезаменителей относится данный препарат?

К кровозаменителям гемодинамического (противошокового) действия.

3. Лечебные мероприятия?

Прекратить введение гелофузина, сменить систему, ввести в/в капельно адреналин, назначить кортикостероиды, при необходимости респираторная поддержка, по стабилизации гемодинамики антигистаминные препараты.

4. Показано ли было назначение гелофузина, если известно, что у больной в анамнезе пищевая аллергия (отеки Квинке)?

Нет, так как гелофузин является препаратом модифицированного желатина, а, следовательно, применении его опасно из-за угрозы возникновения реакций III-IV ст. по шкале Месмера

5. Чем из кровозаменителей у таких пациенток следует восполнять ОЦП?

ГЭК-130

52.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентке 27 лет проводилась в родах эпидуральная анальгезия. На 2-й день послеродового периода жалуется на сильные головные боли, многократную рвоту, светобоязнь. Температура тела 39,5°C, отмечается судорожная готовность, гиперчувствительность, общая выраженная слабость, апатия, положительные менингеальные знаки. В крои лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево.

1. Ваш диагноз?

Менингит. Ведущим является гидроцефально-гипертензионный синдром, возникающий в результате раздражения сосудистых сплетений желудочков и гиперпродукции спинно-мозговой жидкости.

2. Чем скорее всего вызван менингит?

Нарушением асептики-антисептики при выполнении эпидуральной анальгезии в родах.

3. Как провести противосудорожную терапию?

Бензодиазепины: диазепам 0,1 – 0,2 мг/кг в/в или 0,3 – 0,4 мг/кг в/м; мидазолам (дормикум) 0,2 мг/кг в/в или 0,4 мг/кг в/м; барбитураты: гексенал 5-6 мг/кг в/в или 10 мг/кг в/м; ГОМК 70-130 мг/кг в/в.

4. Стартовая антибактериальная терапия?

Цефтриаксон в/в 2 г x 2 раза сутки в течении 10-14 дней. При высеве Pseudomonas aeruginosaили Enterobacteriaceae Меропенем 2 г в/в x 3 раза в сутки в течении 21 дня.

5. Какое еще лечение следует назначить?

Дегидратационную терапию, кортикостероиды, инфузионную терапию.

53.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У больной А. 37 лет, страдающей варикозным расширением подкожных вен левой нижней конечности, на 3-й день после операции кесарева сечения появились боли и покраснение по ходу вены на голени и бедре, t-37,2оС градусов. При осмотре отмечается гиперемия, резкая болезненность и уплотнение по ходу варикозно расширенной большой подкожной вены, начиная с с/3 голени до в/3 бедра. Остальные расширения вены мягкие, безболезненные. Отеков нет. PS 88 уд/мин, АД-130\80 мм рт.ст.

1. Ваш диагноз?

Острый тромбоз подвздошной вены левой нижней конечности.

2. Причины данного осложнения?

На фоне варикозного расширения подкожных вен происходит замедление скорости кровотока, нарушается целостность эндотелия венозной стенки, повышение свертываемости системы крови и присоединение инфекции приводит к развитию тромбоза.

3. Возможные осложнения данного заболевания?

Осложнения: перифлебит, абсцедирующий тромбоз, восходящий тромбоз, тромбоз легочной артерии.

4. Какие профилактические мероприятия надо бело проводить, чтобы избежать этого осложнения?

Консервативная терапия: эластичное бинтование нижней конечности, прием дезагрегантов, НМГ, флеботропный препарат - детралекс.

5. Лечебная тактика?

Постельный режим, возвышенное положение нижней конечности. Местно компрессы с гепариновой мазью. Общее лечение: антикоагулянтная терапия, (НМГ), дезагреганты, нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, диклофенак и т.д.), При наличии восходящего тромбофлебита - операция Троянова-Тренделенбурга.

54.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Во время переливания эритроцитарной массы совместимой по системе АВО и резус-фактору у роженицы после абдоминального родоразрешения отмечено повышение температуры тела до 38,0С, озноб, одышка, появились высыпания на коже в виде крапивницы. Переливание было приостановлено, внутривенно введен супрастин, хлорид кальция, кортикостероиды. На фоне проведенной терапии состояние нормализовалось, указанные явления купированы.

1. Ваш диагноз?

Аллергическая реакция на переливание

2. Как классифицируются гемотрансфузионные реакции по степени тяжести?

Легкой степени, средней степени и тяжелые.

3. В чем разница между гемотрансфузионными реакциями и гемотрансфузионными осложнениями?

Гемотрансфузионные реакции – состояния, возникающие в ответ на переливание трансфузионных сред, не несущие угрозы для жизни пациента, в ряде случаев купирующиеся самостоятельно. Гемотрансфузионные осложнения – состояния, возникающие в ответ на переливание трансфузионных сред, представляющие угрозу для жизни пациента, всегда требующие неотложного врачебного вмешательства.

4. В чем разница между аллергическими и пирогенными реакциями?

Пирогенные реакции – реакции, причиной которых являются продукты распада белков плазмы и лейкоцитов донорской крови, продукты жизнедеятельности микробов и т.д. Аллергические реакции – следствие сенсибилизации организма реципиента к иммуноглобулину.

5. Общие принципы лечения гемотрансфузионных реакций?

Прекращение переливания, введение десенсибилизирующих средств, гормонов.

55.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Через 20 минут после трансфузии эритроцитарной массы, совместимой по системе АВО и резус-фактору у пациентки отмечен потрясающий озноб, повышение температуры тела до 39,4 градуса. Больная возбуждена, неадекватна, при осмотре отмечен частый нитевидный пульс, АД 80/25 мм рт.ст., непроизвольное мочеиспускание. При микроскопическом исследовании крови, оставшейся в ампуле после трансфузии, отмечена бактериемия.

1. Ваш диагноз?

Бактериально-токсический шок.

2. Что может являться причиной развития данного гемотрансфузионного осложнения?

Инфицирование трансфузионной среды во время заготовки или хранения, нарушение правил асептики при переливании.

3. Соблюдение каких правил заготовки крови позволяет минимизировать риск развития данного состояния?

Соблюдение температурного режима заготовки и хранения, соблюдение сроков хранения трансфузионных сред, соблюдение правил асептики при заготовке и переливании.

4. В чем разница между гемотрансфузионными реакциями и гемотрансфузионными осложнениями?

Гемотрансфузионные реакции – состояния, возникающие в ответ на переливание трансфузионных сред, не несущие угрозы для жизни пациента, в ряде случаев купирующиеся самостоятельно. Гемотрансфузионные осложнения – состояния, возникающие в ответ на переливание трансфузионных сред, представляющие угрозу для жизни пациента, всегда требующие неотложного врачебного вмешательства.

5. Общие принципы лечения данного состояния.

Незамедлительное применение вазопрессоров, противошоковой, терапии, плазмозамещающих растворов гемодинамического и дезинтоксикационного действия, электролитных растворов, антикоагулянтов, антибиотиков широкого спектра действия

56.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной С. Поступила на плановое кесарево сечение, согласно плану анестезиологического пособия решено оперировать пациентку под спинномозговой анестезией.

1. Техника проведения спинномозговой анестезии?

Пункция производится сидя или лежа на боку между 2 и 3 поясничными позвонками (не выше!), строго по средней линии соответственно направлению остистых отростков позвонков. Игла Брауна проходит через надостную, межостную и желтую связки, далее после прохождения перидурального пространства извлекается мандрен, игла прокалывает твердую мозговую оболочку и попадает в ликворное пространство. Выделяется ликвор – жидкость желтоватого цвета – после чего вводят анестезирующий раствор и большую укладывают на спину.

2. Какие лекарственные вещества используются для проведения спинномозговой анестезии (количество, концентрация)?

Маркаиин спинал или маркаин heavy. Доза 10-15 мг интратекально в зависимости от роста и веса.

3. В каком положении должна находиться пациентка на операционном столе?

В положении Фовлера, наклон операционного стола влево на 30°.

4. Какой метод регионарной анестезии вы можете предложить в качестве альтернативы спинномозговой анестезии, и чем они различаются?

В данном случае альтернативой спинномозговой анестезии может служить эпидуральная анестезия. При этом анестетик вводится в эпидуральное пространство образуя в его клетчатке «висячий инфильтрат» и не может распространяться по спинномозговому каналу. Действие анестетика наступает через 20 – 40 минут. При правильном выполнении анестезии отсутствует высокий спинальный паралич.

5. Каковы осложнения при спинномозговой анестезии?

- 1) Падение артериального давления.
- 2) Высокий спинальный блок.
- 3) Поспункционная головная боль.
- 4) Головокружение тошнота рвота.
- 5) Парез мочевого пузыря и сфинктера прямой кишки.
- 6) Эпидуральная гематома.
- 7) эпидуральный абсцесс.
- 8) Менингит, арахноидит.

57.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У больной в момент выведения из эндотрахеального наркоза после операции кесарева сечения развились явления дыхательной недостаточности. При аускультации легких хлопочущее дыхание, цианоз лица, в полости рта рвотные массы. В момент экстубации обнаружено, что разорвалась манжетка на эндотрахеальной трубке.

1. Укажите вид развившегося осложнения?

Регургитация и аспирация рвотными массами.

2. Объем лечебных мероприятий при данном осложнении?

Туалет полости рта, реинтубация, санация трахео-бронхиального дерева, лечебная бронхоскопия, респираторная поддержка, бронхолитики, дезкалационная антибактериальная терапия, кортикостероиды.

3. Какое заболевание может возникнуть в послеоперационном периоде?

Аспирационная пневмония.

4. Как можно диагностировать данное заболевание?

Клинически, рентгенологически.

5. Профилактика данного осложнения?

- 1) Эвакуация перед срочной операцией зондом желудочного содержимого.
- 2) Назначение блокаторов H₂ и H₃ гистаминорецепторов.
- 3) Быстрая последовательная индукция с применением приема Селика.
- 4) Рациональный прием пищи и питья перед операцией.

58.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Женщина 22 лет была доставлена в родильное отделение с тяжелой преэклампсией (генерализованные отеки, протеинурия 8 г/л) при сроке беременности 32 нед. Артериальное давление у нее составляет 150/95 — 180/110 мм рт.ст., ЧСС 112 уд/мин. Рост 172 см, вес 125 кг. Тромбоциты 156000. Предстоит экстренное абдоминальное родоразрешение.

1. Какой вид анестезии предпочтителен?

Спинально-эпидуральная анестезия.

2. Какая доза маркиана спинал потребуется для выполнения анестезии?

14,5 мг

3. Как коррегировать артериальную гипертензию?

Сульфат магния 2 г в/в медленно болюсно, далее из расчета 1 г/час перфузором.

4. Объем инфузии в послеоперационном периоде?

15 мл/кг массы.

5. Характер послеоперационной анальгезии?

Введение в эпидуральное пространство наропина 2мг/мл перфузором, НПВС.

59.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная С., 25 лет, в отделение реанимации поступила с диагнозом: беременность 37 лет, преэклампсия тяжелой степени. После проведения кесарева сечения через 40 мин у больной лабораторно - выраженный гемолиз, наличие свободного гемоглобина в моче, тромбоцитопения, резкое повышение АсТ и АлТ, гипербилирубинемия за счет непрямого. Необходимо: объяснить вероятную назначить и провести терапию, высказать предположения об осложнениях.

1. Причина развившегося осложнения?

Спинально-эпидуральная анестезия.

2. Какая доза маркиана спинал потребуется для выполнения анестезии?

14,5 мг

3. Как коррегировать артериальную гипертензию?

Сульфат магния 2 г в/в медленно болюсно, далее из расчета 1 г/час перфузором.

4. Объем инфузии в послеоперационном периоде?

15 мл/кг массы.

5. Характер послеоперационной анальгезии?

Введение в эпидуральное пространство наропина 2мг/мл перфузором, НПВС.

60.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная К., 25 лет, поступила в отделение реанимации роддома после перенесенного приступа эклампсии. Отмечается артериальная гипертензия (АД 175/125, ЧСС 116 уд/мин), генерализованные отеки, протеинурия. Через 20 мин после поступления у больной развился приступ клонико-тонических судорог. Кома I. В анамнезе судорожные припадки не отмечались. Необходимо: определить наиболее вероятную причину развития судорог, определить схему терапии

1. Ваш диагноз? Эклампсия.

2. Лечебные мероприятия первой очереди?

- 1) Седатация (диазепам, тиопентал натрия);
- 2)перевод на ИВЛ;
- 3) сульфат магния;
- 4) мониторинг;
- 5) клинико-лабораторное обследование.

3. Как коррегировать артериальную гипертензию?

Сульфат магния 2 г в/в медленно болюсно, далее из расчета 1 г/час перфузором, при необходимости контролируемая гипотензия нитропруссидом натрия..

4. Когда больную можно будет родоразрешать?

В течении 2 часов интенсивная терапия, направленная на стабилизацию гемодинамики, коррекция гемокоагуляции, дообследование (УЗИ печени, почек, плевральных полостей и перикарда, брюшной полости, коагулограмма, ТЭГ, ионограмма, протеинограмма)

5. Длительность послеоперационной ИВЛ?

До стабилизации гемодинамики, появления адекватного спонтанного дыхания, отсутствия судорожной готовности.

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра _____
направление подготовки (специальность) _____
дисциплина _____

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №__

- I.**
- II.**
- III.**

Заведующий кафедрой _____ (_____)

Декан _____ факультета _____ (_____)

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

	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/ практического задания)
1.	ПК-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 современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных в критических состояниях, необходимых для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	вопросы № 32-66
Уметь выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клиничко-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики критических состояний при заболеваниях и патологических процессах; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования.		практические задания № 1-60	
Владеть методами общеклинического обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов; алгоритмом постановки развёрнутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней.		практические задания № 1-60	
2.	ПК-6 - готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	Знать основные характеристики лекарственных препаратов, используемых в анестезиологии и реаниматологии, показания и противопоказания к их назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам.	вопросы № 1-31
Уметь оказывать первую помощь, лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях, осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств.		практические задания № 1-60	
Владеть алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий при терминальных и критических состояниях; оценки тяжести состояния больного: определением объема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявления показания к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения. Методами и приемами СЛМР взрослых.		практические задания № 1-60	

10. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Клиническая иммунология и трансфузиология»

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 программе ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-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.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.

1. Тестирование

001 Какая часть стационарных больных нуждается в трансфузионной терапии?

А 1/3

Б 1/6

В 1/5

Г 1/4

002 Какой средний объем циркулирующей крови у взрослого человека приходится на 1 кг массы тела?

А 65-75 мл.

Б 50-55 мл.

В 55-65 мл.

Г 75-85 мл.

003 Средний объем циркулирующей плазмы у взрослого человека составляет (на 1 кг массы тела):

А 40-45 мл

Б 25-30 мл.

В 30-35 мл.

Г 35-40 мл.

004 Каков средний объем циркулирующих эритроцитов у взрослого человека на 1 кг массы тела:

А 25-35 мл.

Б 20-25 мл.

В 20-30 мл.

Г 35-40 мл.

005 Нормальный гематокритный показатель у мужчин в среднем составляет:

А 0,4-0,48 г/л.

Б 0,22-0,4 г/л.

В 0,32-0,4 г/л.

Г 0,36-0,46г/л.

006 Нормальный гематокритный показатель у женщин в среднем составляет:

А 0,36-0,42 г/л.

Б 0,22-0,4 г/л.

В 0,32-0,4 г/л.

Г 0,4-0,48 г/л.

007 Какое количество крови находится в нормальных условиях в артериальном русле (от общего ОЦК):

А 15-20%.

Б 10-15%.

В 20-25%.

Г 25-30%.

008 Количество крови, находящиеся в нормальных условиях в венозной системе, от общего ОЦК составляет:

А 60-70%.

Б 30-40%.

В 40-50%.

Г 50-60%.

009 Венозное давление в норме равно:

А 50-150 мм вод.ст.

Б 30-130 мм вод. ст.

В 40-140 мм вод. ст.

Г 60-160 мм вод. с

010 Какое количество крови находится в нормальных условиях в капиллярах (от общего ОЦК)?

А 4-7%.

Б 1-4%.

В 7-10%.

Г 10-13%.

011 Общее количество крови в зоне микроциркуляции в норме составляет:

А 15-17%.

Б 10-13%.

В 13-15%.

Г 17-20%.

009 Какая часть капилляров от общего их числа функционирует в нормальных условиях:

А 20%.

Б 5%.

В 25%.

Г 30%.

013 Транскапиллярный обмен жидкости не зависит от:

А Концентрации натрия в плазме.

Б Коллоидно-осмотического давления крови.

В Онкотического давления интерстициальной жидкости.

Г Тканевого давления.

014 Основным регулятором транскапиллярного обмена является:

А Содержание белка в плазме крови.

Б Содержание натрия в плазме.

В Осмотическое давление в крови.

Г Диастолическое А Д.

015 Под действием какого давления в нормальных условиях осуществляются фильтрация и реабсорбция жидкости в капиллярах:

- А 7-8 мм рт. ст.
- Б 6-7 мм рт. ст.
- В 8-9 мм рт. ст.
- Г 9-10 мм рт. ст.

016 Внутрисосудистый водный сектор у взрослых по отношению к массе тела у взрослых составляет:

- А 5%.
- Б 1%.
- В 2%.
- Г 3%.

017 Минутный объем крови в норме равен в среднем:

- А 4-6 л.
- Б 2-3 л.
- В 3-4 л.
- Г 6-8 л.

018 Сердечный индекс в норме равен:

- А 3-4,5 л/мин х м²
- Б 2-3,5 л/мин х м²
- В 4-5,5 л/мин х м²
- Г 5-6 л/мин х м²

019 Ударный объем сердца у взрослых равен в среднем:

- А 70-80 мл.
- Б 40-65 мл.
- В 65-70 мл.
- Г 80-90 мл.

020 Ударный объем сердца по упрощенной формуле Старра рассчитывается:

- А $100 + 0,5 \text{ АД пульс.} - 0,6 \text{ АД диаст.} - 0,6 \text{ возраста.}$
- Б $100 + 0,5 \text{ АД сист.} - \text{АД диаст.} - 0,6 \text{ возраста.}$
- В $95 + 0,5 \text{ АД пульс.} - 0,6 \text{ АД диаст.} - 0,6 \text{ возраста.}$
- Г $95 + 0,6 \text{ АД сист.} - 0,5 \text{ АД пульс.} - 0,5 \text{ возраста.}$

021 Каково содержание общего белка в плазме?

- А 65-85 г/л.
- Б 60-75 г/л.
- В 60-80 г/л.
- Г г) 68-90 г/л.

022 При содержании общего белка 60 г/л величина онкотического давления крови не более:

- А 20 мм рт. ст.
- Б 10 мм рт. ст.
- В 15 мм рт. ст.
- Г 25 мм рт. ст.

023 Уровень креатинина в сыворотке в норме у взрослых равен:

- А 0,044-0,1 ммоль/л.
- Б 0,042-0,08 ммоль/л.
- В 0,046-0,12 ммоль/л.
- Г 0,048-0,14 ммоль/л.

024 Уровень общего билирубина в сыворотке крови в норме:

- А 8,5-20,5 мкмоль/л.
- Б 6,5-18,8 мкмоль/л.
- В 7,5-19,5 мкмоль/л.
- Г 9,0-22,0 мкмоль/л.

025 Уровень свободного гемоглобина в плазме крови не более:

- А 0,04 г/л.
- Б 0,06 г/л.
- В 0,08 г/л.
- Г 0,1 г/л.

026 Уровень глюкозы в крови:

- А 3,3-5,5 ммоль/л.
- Б 2,3-3,5 ммоль/л.
- В 4,3-6,5 ммоль/л.
- Г 5,3-7,5 ммоль/л.

027 Уровень мочевины в плазме крови:

- А 3,3-8,3 ммоль/л.
- Б 2,7-7,7 ммоль/л.
- В 3,0-8,0 ммоль/л.
- Г 3,6-8,6 ммоль/л.

028 Чему равно нормальное содержание натрия в плазме здорового человека:

- А 137-147 ммоль/л.
- Б 97-107 ммоль/л.
- В 97-117 ммоль/л.
- Г 117-127 ммоль/л.

029 Нормальное содержание калия в плазме здорового человека:

- А 3,8-5,2 ммоль/л.
- Б 2,4-3,8 ммоль/л.
- В 5,2-6,6 ммоль/л.
- Г 6,6-8,0 ммоль/л.

030 Каково в норме соотношение внеклеточного и внутриклеточного калия:

- А 1:30
- Б 1:20
- В 1:40
- Г 1:50

031 Общее количество циркулирующего белка в среднем равно:

- А 200-250 г.
- Б 150-200 г.
- В 250-300 г.
- Г 300-350 г.

032 Осмотическое давление плазмы крови в норме:

- А Около 7,6 атм.
- Б Около 6,8 атм.
- В Около 7,2 атм.
- Г Около 8 атм.

033 Осмолярность плазмы в норме составляет:

- А 290 мосм/л.
- Б 205 мосм/л.
- В 230 мосм/л.
- Г 320 мосм/л.

034 Осмолярность плазмы (ммоль/л) можно рассчитать по формуле:

- А Натрий \times 1,86 + глюкоза + мочевины + 5
- Б (Натрий + калий) \times 2 + глюкоза + мочевины.
- В Натрий + калий + глюкоза + мочевины.
- Г Натрий \times 1,86 + глюкоза + 5

035 Общий объем воды в организме мужчин от массы тела составляет:

- А 60%.
- Б 50%.
- В 55%.
- Г 65%.

036 Какую часть составляет внутриклеточная вода от массы тела мужчин:

- А 0,4
- Б 0,3
- В 0,35
- Г 0,45

037 Общий объем воды в организме женщин от массы тела составляет:

- А 50%.
- Б 45%.
- В 55%.
- Г 60%.

038 Какую часть составляет внутриклеточная вода от массы тела женщин:

- А 0,3
- Б 0,25
- В 0,35
- Г 0,4

039 Осмолярность внутриклеточной среды равна:

- А 285-295 мосм/л.
- Б 270-295 мосм/л.
- В 275-300 мосм/л.
- Г 280-305 мосм/л.

040 Объем внеклеточной воды у взрослых от массы тела составляет:

- А 20%.
- Б 10%.
- В 15%.
- Г 25%.

041 Объем интерстициальной жидкости у взрослых от массы тела составляет:

- А 15%.
- Б 6%.
- В 9%.
- Г 12%.

042 Содержание белка в интерстициальной жидкости не более:

- А 30 г/л.
- Б 20 г/л.
- В 25 г/л.
- Г 35 г/л.

043 Чему равна осмолярность интерстициальной жидкости:

- А 285-295 мосм/л.
- Б 275-300 мосм/л.
- В 280-290 мосм/л.
- Г 300-315 мосм/л.

044 При определении дефицита жидкости в организме расчетным методом по формуле Рендалла необходимо иметь данные:

- А Гтн, Гтб и М.
- Б Гтб.
- В Гтб и М.
- Г Гтн и Гтб.

045 У какой группы больных можно определить дефицит жидкости по формуле Рендалла в организме:

- А У взрослых больных.
- Б У всех больных.
- В У новорожденных.
- Г У всех детей.

046 Сколько мл воды связывает 1 г циркулирующего альбумина:

- А 16-18 мл.
- Б 2-14 мл.
- В 14-16 мл.
- Г 18-20 мл.

047 Альбумины создают часть онкотического давления, примерно равную:

- А 80%.
- Б 75%.
- В 85%.
- Г 90%.

048 Сколько мл воды связывает 1 г циркулирующих глобулинов:

- А 7 мл.
- Б 3 мл.
- В 5 мл.
- Г 6 мл.

049 При каком количестве циркулирующего белка создается онкотическое давление 1 мм рт. ст. при нормальном АТ коэффициенте:

- А 3,0 г/л.
- Б 1,5 г/л.
- В 2,0 г/л.
- Г 2,5 г/л.

050 1 г циркулирующих белков плазмы связывает воды:

- А 15 мл.
- Б 11 мл.
- В 12 мл.
- Г 13 мл.

051 При легкой степени дегидратации дефицит воды в организме составляет:

А До 6%.

Б До 4%.

В До 5%.

Г До 7%.

052 Дефицит воды в организме при средней I степени дегидратации равен до:

А 10%.

Б 3%.

В 5%.

Г 7%.

053 При тяжелой дегидратации дефицит воды в организме составляет:

А Более 10%.

Б Более 5%.

В Более 8%.

Г Не менее 20%.

054 Смертельной является острая потеря воды организмом в объеме:

А 20%.

Б 10%.

В 15%.

Г 25%.

055 Какой объем жидкости за счет перспирации за сутки (мл/кг массы тела) теряет человек при нормальной температуре:

А 7

Б 5

В 9

Г 11

056 В среднем за сутки организм теряет при потоотделении (при нормальной температуре тела) воды (мл/кг массы тела):

А 8

Б 6

В 10

Г 12

057 Какая из нижеперечисленных программ может быть использована для лечения гипертонической дегидратации:

А 5% р-р глюкозы, трисоль, хлосоль.

Б Реополиглюкин, 5% р-р глюкозы, трисоль.

В Желатиноль, лактосоль, дисоль.

Г 5% р-р глюкозы, лактасоль.

058 Какая из нижеперечисленных программ может быть использована для лечения гипертонической дегидратации:

А 5% р-р глюкозы, лактасол.

Б Мафусол, реополиглюкин.

В Трисоль, желатиноль, мафусол.

Г Молярный раствор натрия хлорида, реополиглюкин.

059 Для лечения гипотонической дегидратации используется программа:

А Лактасол, молярные растворы хлорида натрия и натрия гидрокарбонат, 0,9% р-р хлорида натрия.

Б Реополиглюкин, 5% р-р глюкозы, трисоль.

В Лактосол, молярный р-р натрия хлорида, ди-соль.

Г 5% р-р глюкозы, лактасол, трисоль.

060 Для лечения гипотонической дегидратации используется программа:

А Мафусол, реополиглюкин.

Б 5% р-р глюкозы, реополиглюкин, лактасол.

В Желатиноль, дисоль.

Г 10% р-р глюкозы, дисоль.

061 Для лечения гипотонической дегидратации используется программа:

А Мафусол, лактасол.

Б Лактасол, молярные растворы натрия гидрокарбоната и натрия хлорида.

В 5% р-р глюкозы, лактасол.

Г Мафусол, 5% р-р глюкозы, маннитол.

062 При изотонической дегидратации показано введение:

А Лактасола.

Б 5% р-ра глюкозы.

В Мафусола.

Г Молярного раствора натрия хлорида.

063 Введение какого препарата противопоказано при изотонической дегидратации:

А Мафусола.

Б Лактасола.

В 0,9% р-ра натрия хлорида.

Г Трисоли.

064 Для гипертонической гипергидратации характерно:

А Увеличение объема жидкости во внеклеточном секторе.

Б Увеличение объема жидкости в клетке.

В Увеличение объема жидкости только в интерстициальном секторе.

Г Увеличение объема жидкости только в сосудистом русле.

065 Для лечения гипертонической гипергидратации используется программа:

А 5% р-р глюкозы, лазикс.

Б Желатиноль, 10% р-р глюкозы, лактасол.

В Мафусол, лазикс.

Г 10% р-р глюкозы, лазикс, лактасол.

066 Для лечения гипотонической гипергидратации используется программа:

А Лазикс, молярный раствор хлорида натрия.

Б 5% р-р глюкозы, лактасол, молярные растворы натрия гидрокарбоната и хлорида натрия.

В Реополиглюкин, лактосол, маннитол.

Г 5% р-р глюкозы, лактасол, трисоль, маннитол.

067 Какие патофизиологические изменения развиваются при изотонической гипергидратации:

А Увеличивается объем внеклеточного водного сектора.

Б Развивается клеточная гипергидратация.

В Повышается осмотическое давление во всех водных секторах.

Г Снижается осмотическое давление во всех водных секторах.

068 Безопасной скоростью внутривенного введения полярных коктейлей, содержащих калий (ммоль К в час):

А До 20

Б До 10

В До 15

Г До 25

069 Какова программа инфузионной терапии гипоосмолярного синдрома с учетом перечня перечня инфузионных средств и очередность их введения:

- А Молярный раствор натрия хлорида, лактосол.
Б Лактасол, молярные растворы натрия гидрокарбоната и натрия хлорида, маннитол.
В Маннитол, молярные растворы натрия гидрокарбоната и натрия хлорида, лактосол.
Г Маннитол, лактосол, трисоль, 5% р-р глюкозы.
- 070 Какова программа инфузионной терапии гиперосмолярного синдрома с учетом перечня инфузионных сред и очередности их введения:
А 5% р-р глюкозы, лазикс, лактасол.
Б 3% р-р хлорида калия и хлорида натрия, маннитол, лактасол.
В Желатиноль, маннитол, 3% р-ры хлорида натрия и хлорида калия, лактасол.
Г 5% р-р глюкозы, маннитол, лактасол, 3% растворы хлорида натрия и хлорида калия.
- 071 Коллоидно-осмотическое давление крови в норме равно около:
А 25 мм рт. ст.
Б 19 мм рт. ст.
В 21 мм рт. ст.
Г 23 мм рт. ст.
- 072 Скорость синтеза альбумина в норме за сутки при расчете на 1 кг массы тела равна:
А 0,2-0,3 г.
Б 0,1-0,2 г.
В 0,3-0,4 г.
Г 0,4-0,5 г.
- 073 Потеря 1 г азота организмом соответствует потере белков:
А 6,25 г.
Б 4,25 г.
В 5,25 г.
Г 7,25 г.
- 074 Распаду какого количества мышечной ткани соответствует потеря 1 г азота при голодании:
А 25 г.
Б 20 г.
В 30 г.
Г 35 г.
- 075 Какой объем воды образуется в организме при сгорании 100 г углеводов:
А 55 мл.
Б 50 мл.
В 60 мл.
Г 65 мл.
- 076 При сгорании 100 г жиров в организме образуется воды:
А 107 мл.
Б 93 мл.
В 100 мл.
Г 114 мл.
- 077 Какой объем воды образуется в организме при сгорании 100 г белков:
А 41 мл.
Б 43 мл.
В 46 мл.
Г 49 мл.
- 078 Границы нормы рН артериальной крови:
А 7,35-7,45
Б 7,3-7,35
В 7,25-7,35
Г 7,4-7,5
- 079 Границы нормы рН венозной крови:
А 7,32-7,42
Б 7,36-7,4
В 7,32-7,4
Г 7,3-7,6
- 080 Нормальные границы внутриклеточного рН:
А 6,8-7,0
Б 6,2-6,4
В 6,4-6,8
Г 7,0-7,2
- 081 Границами рН, совместимыми с жизнью, являются:
А 6,8-7,8
Б 7,2-7,5
В 7,0-7,4
Г 6,9-7,6
- 082 Буферная емкость крови за счет бикарбонатов равна:
А 56%.
Б 50%.
В 53%.
Г 59%.
- 083 Буферная емкость крови за счет фосфатов равна:
А 5%.
Б 7%.
В 9%.
Г 11%.
- 084 Буферная емкость крови за счет циркулирующих в плазме белков составляет:
А 35%.
Б 31%.
В 33%.
Г 37%.
- 085 Буферная емкость крови за счет гемоглобина равна:
А 35%.
Б 31%.
В 33%.
Г 37%.
- 086 Буферная емкость циркулирующих эритроцитов от общей буферной емкости составляет:
А 56%.
Б 47%.
В 50%.
Г 53%.
- 087 Буферная емкость циркулирующей плазмы от общей буферной емкости крови равна:

А 44%.

Б 40%.

В 48%.

Г 52%.

088 Границы ВЕ в норме:

А $\pm 2,3$ ммоль/л.

Б $\pm 1,3$ ммоль/л.

В $\pm 3,3$ ммоль/л.

Г $\pm 4,3$ ммоль/л.

089 Чему равны границы дефицита или избытка оснований:

А $\pm 2,3$ ммоль/л.

Б $\pm 2,1$ ммоль/л.

В $\pm 2,2$ ммоль/л.

Г $\pm 2,4$ ммоль/л.

090 Границы SB артериальной крови в норме:

А 22-26 ммоль/л.

Б 16-20 ммоль/л.

В 18-22 ммоль/л.

Г 20-24 ммоль/л.

091 Границы нормы стандартного бикарбоната венозной крови:

А 24-28 ммоль/л.

Б 20-24 ммоль/л.

В 22-26 ммоль/л.

Г 26-30 ммоль/л.

092 Границы нормы АВ (истинного бикарбоната):

А 19-25 ммоль/л.

Б 13-19 ммоль/л.

В 15-21 ммоль/л.

Г 17-23 ммоль/л.

093 Границы нормы общих буферных оснований:

А 40-60 ммоль/л.

Б 35-55 ммоль/л.

В 45-65 ммоль/л.

Г 50-70 ммоль/л.

094 Границы нормы ВВ:

А 40-60 ммоль/л.

Б 30-50 ммоль/л.

В 20-40 ммоль/л.

Г 50-70 ммоль/л.

095 Парциальное давление углекислоты в венозной крови в норме равно:

А 46-48 мм рт. ст.

Б 42-44 мм рт. ст.

В 44-46 мм рт. ст.

Г 48-50 мм рт. ст.

096 Парциальное давление углекислоты в артериальной крови в норме равно:

А 38-40 мм рт. ст.

Б 32-35 мм рт. ст.

В 35-38 мм рт. ст.

Г 41-44 мм рт. ст.

097 Парциальное давление кислорода в артериальной крови равно:

А 95 мм рт. ст.

Б 89 мм рт. ст.

В 91 мм рт. ст.

Г 93 мм рт. ст.

098 Парциальное давление кислорода в венозной крови равно:

А 40 мм рт. ст.

Б 35 мм рт. ст.

В 45 мм рт. ст.

Г 50 мм рт. ст.

099 Какое количество кислорода транспортирует 1 г гемоглобина при нормальном насыщении крови:

А 1,34 мл.

Б 1,14мл.

В 1,24 мл.

Г 1,44 мл.

100 Какую часть отдает гемоглобин связанного им кислорода на уровне капилляров:

А 25-30%.

Б 20-25%.

В 30-35%.

Г 35-40%.

101 При сдвиге кривой диссоциации оксигемоглобина вправо он может максимально отдать кислорода около:

А 50%.

Б 30%.

В 40%.

Г 60%.

102 При сдвиге кривой диссоциации оксигемоглобина влево он может максимально отдать кислорода около:

А 10-15%.

Б 5-10%.

В 7-10%.

Г 10-13%.

103 Потребность в кислороде всех тканей взрослого организма человека в условиях основного обмена за 1 мин.:

А 300-350 мл.

Б 100-150мл.

В 200-250 мл.

Г 400-450 мл.

104 Минимальная величина эффективного транспорта кислорода не должна быть менее:

А 900-1000 мл.

Б 600-700 мл.

В 700-800 мл.

Г 800-900 мл.

105 Основным компенсаторным механизмом для сохранения уровня эффективного транспорта кислорода при анемиях является:

- А Минутный объем крови.
Б Содержание гемоглобина.
В Насыщение гемоглобина кислородом.
Г Уровень 2,3-ДФГ в эритроцитах.
- 106 Какая часть углекислого газа транспортируется эритроцитами:
А 32%.
Б 28%.
В 30%.
Г 34%.
- 107 Какая часть углекислого газа транспортируется плазмой в физически растворенном состоянии:
А 5%.
Б 2,5%.
В 7,5%.
Г 10%.
- 108 В виде бикарбонатов плазмой транспортируется часть углекислого газа, примерно равная:
А 70%.
Б 30%.
В 40%.
Г 50%.
- 109 Образование бикарбоната натрия из углекислого газа, поступающего в кровь из тканей, и выделение углекислого газа из крови в легких обеспечивает:
А Карбоангидраза эритроцитов.
Б Высокий уровень бикарбоната в плазме.
В Высокий уровень калия в эритроцитах.
Г Карбоангидраза плазмы крови.
- 110 Почасовой диурез в норме у взрослых людей:
А 1,0 мл/кг.
Б 0,5 мл/кг.
В 1,5 мл/кг.
Г 2,0 мл/кг.
- 111 Правильным является утверждение:
А Лечебный эффект гемотрансфузии обусловлен ее заместительным, гемодинамическим, гемостатическим, стимулирующим, иммунобиологическим, дезинтоксикационным и питательным действием.
Б Лечебный эффект гемотрансфузии обусловлен только ее заместительным действием.
В Лечебный эффект гемотрансфузии обусловлен ее заместительным, гемодинамическим, гемостатическим действием.
Г Лечебный эффект гемотрансфузии обусловлен только ее стимулирующим действием на основные системы гомеостаза.
- 112 При трансфузиях эритроцитарной массы и взвеси лечебный эффект в основном обусловлен действием на организм реципиента:
А Заместительным
Б Гемодинамическим
В Стимулирующим
Г Иммунологическим
- 113 Какие преимущества имеет переливание отмытых эритроцитов по сравнению с другими гемотрансфузионными средствами:
А Меньше возможность иммунологических реакций и осложнений.
Б Оказывает эритрозаместительное действие.
В Не влияет на систему иммунитета.
Г Не обладает питательным действием.
- 114 При трансфузиях тромбоцитарной взвеси основным лечебным эффектом является:
А Гемостатическое
Б Гемодинамическое
В Заместительное
Г Иммунологическое
- 115 Основным лечебным эффектом при трансфузиях лейкоцитарной массы является:
А Иммунобиологическое
Б Заместительное.
В Стимулирующее.
Г Гемодинамическое.
- 116 Правильным является утверждение:
А Показания к трансфузионной терапии зависят от имеющихся у больного нарушений гомеостаза, а не нозологической формы заболевания.
Б Показания к трансфузионной терапии следует формулировать по нозологическому признаку.
В Показания к трансфузионной терапии в урологической и хирургической практике принципиально различаются.
Г Показания к трансфузионной терапии зависят от возраста больного.
- 117 Противопоказания к трансфузионной терапии зависят от:
А Имеющихся у больного нарушений гомеостаза.
Б Нозологической формы заболевания.
В Объема трансфузионной среды.
Г Иммунологического статуса больного.
- 118 Наименьшую ошибку в определении степени гиповолемии дают методы экспрессдиагностики:
А Определение "шокового индекса".
Б Купросульфатный метод.
В Удельный вес крови.
Г Показатели АД.
- 119 Какой метод является достаточно точным при определении величины кровопотери при желудочно-кишечном кровотечении:
А Определение гематокритного числа.
Б Определение удельного веса крови.
В Определение показателей гемоглобина.
Г Определение количества эритроцитов.
- 120 Какой метод является наиболее удобным для определения операционной кровопотери:
А Метод взвешивания салфеток
Б Купросульфатный метод.
В Определение "шокового индекса".
Г Оценка показателей артериального давления.
- 121 При какой кровопотере обязательной задачей трансфузионной терапии является нормализация газотранспортной функции крови:
А Более 20% ОЦК.
Б До 10% ОЦК.
В Более 10% ОЦК.
Г Более 30% ОЦК.
- 122 При каком объеме кровопотери обязательной задачей трансфузионной терапии является устранение дефицита интерстициальной жидкости:
А Более 10% ОЦК.
Б До 10% ОЦК.
В Более 20% ОЦК.
Г Более 30% ОЦК.

123 Восполнение потери плазменных прокоагулянтов и тромбоцитов необходимо уже при кровопотере:

А Более 30% ОЦК.

Б До 10% ОЦК.

В Более 10% ОЦК.

Г Более 20% ОЦК.

124 Волемиический коэффициент консервированной донорской крови равен:

А 60-70%.

Б 40-60%.

В 70-80%.

Г 80-90%.

125 Волемиический коэффициент плазмы консервированной крови равен:

А 77%.

Б 63%.

В 70%.

Г 84%.

126 Волемиический коэффициент 5% р-ра альбумина равен:

А 50-52%.

Б 58-60%.

В 56-58%.

Г 54-56%.

127 Волемиический коэффициент протеина равен:

А 50-52%.

Б 52-54%.

В 54-56%.

Г 56-58%.

128 Волемиический коэффициент полиглокина равен:

А 121%.

Б 111%.

В 116%.

Г 126%.

129 Волемиический коэффициент полифера равен:

А 121%.

Б 111%.

В 116%.

Г 126%.

130 Волемиический коэффициент волекама равен:

А 130%.

Б 125%.

В 135%.

Г 140%.

131 Волемиический коэффициент желатиноля равен около:

А 50%.

Б 45%.

В 55%.

Г 60%.

132 Волемиический коэффициент раствора Рингера равен:

А 30%.

Б 20%.

В 25%.

Г 35%.

133 Волемиический коэффициент 5% раствора глюкозы равен:

А 20%.

Б 25%.

В 30%.

Г 35%.

134 Для адекватного возмещения массивной кровопотери в ургентной хирургии и травматологии общий объем трансфузионных средств по отношению к величине кровопотери должен составлять не менее:

А 150-160%.

Б 90-100%.

В 110-120%.

Г 130-140%.

135 Какой дефицит ОЦК, обусловленный кровпотерей во время операции, можно не замещать гемотрансфузией, если исходные показатели гемоглобина соответствовали норме и отсутствовали

признаки дегидратации:

А 10-15%.

Б 5-10%.

В 15-20%.

Г 20-25%.

136 При кровопотере до 20% ОЦК она должна быть восполнена гемотрансфузией:

А Не требуется.

Б На 20%.

В На 30%.

Г На 40%.

137 Какой объем эритроцитсодержащих средств должен быть введен при кровопотере 20-30% ОЦК:

А Не менее 30%.

Б Не менее 20%.

В Не менее 40%.

Г Не менее 45%.

138 При кровопотере в объеме до 20% ОЦК дозы реополиглокина и кристаллоидного раствора должны быть соответственно:

А 10 и 10-15 мл.

Б 5 и 15 мл.

В 10 и 20 мл.

Г 20 и 10 мл.

139 При кровопотере до 20-30% ОЦК трансфузионные средства следует вводить в следующей последовательности:

А Реополиглокин, эритроцитарная масса, лактасол.

Б Лактасол, реополиглокин.

В Консервированная кровь, лактасол, полиглокин.

Г Полиглокин, эритроцитарная масса, лактасол.

140. Какой должна быть доза эритроцитарной массы (мл/кг массы тела) при кровопотере 20-30% ОЦК:

А 5

Б 10

В 15

Г 20

141 Какой объем кровопотери может быть восполнен эритроцитарной массой в сочетании с кровезамещающими растворами:

А До 30% ОЦК.

Б До 10% ОЦК.

В До 20% ОЦК.

Г До 40% ОЦК.

142 При кровопотере более 30% ОЦК объем эритроцитсодержащих средств в трансфузионной терапии должен составлять не менее:

А 40%.

Б 20%.

В 30%.

Г 45%.

143 При кровопотере 30-40% ОЦК необходимо переливание крови в дозе (мл/кг массы тела):

А 20

Б 5

В 10

Г 15

144 При кровопотере, превышающей 40% ОЦК, объем трансфузионной терапии должен составлять:

А 160-170%.

Б 130-140%.

В 140-150%.

Г 150-160%.

145 При кровопотере более 40% ОЦК необходимо переливание крови в дозе не менее (мл/кг массы тела):

А 30

Б 10

В 15

Г 20

146 Эритроцитсодержащие трансфузионные среды при кровопотере более 40% ОЦК в общем объеме трансфузионной терапии должны составлять не менее:

А 40%.

Б 20%.

В 30%.

Г 45%.

147 Для предупреждения гемодилюционной коагулопатии при возмещении массивной кровопотери необходимо введение 100-150 мл свежесозамороженной или антигемофильной плазмы на каждую дозу эритроцитарной массы в объеме:

А 250 мл. Б 50 мл. В 100 мл.

Г 150 мл. В 148

148. При полостных операциях с целью компенсации потерь жидкости рекомендуется вводить кристаллоидные растворы в объеме (мл/кг массы тела в час):

А 5 Б 2 В 3 Г 4

В 149 Какие показатели ЦВД свидетельствуют о гиповолемии при отсутствии сердечной недостаточности:

А Менее 50мм вод. ст. Б Менее 60 мм вод. ст. В Менее 70 мм вод.ст.

Г Менее 80 мм вод. ст.

В 150 При каком систолическом АД у "нормотоников" прекращается фильтрация в почечных клубочках:

А Ниже 70 мм рт. ст. Б Ниже 60 мм рт. ст. В Ниже 80 мм рт. ст. Г Ниже 90 мм рт. ст.

В 151 К переливанию крови во время операции (плановой) может быть привлечен:

А Врач-хирург или анестезиолог, не участвующие в операции. Б Врач-хирург.

В Врач-анестезиолог.

Г Любой врач, не принимающей участия в операции.

В 152 Показанием для гемотрансфузии во время операции является: А Снижение гематокрита ниже 0,3 г/л.

Б Шок.

В Кровотечение.

Г Дефицит ОЦК 15-20%.

В 153 При какой величине кислородной емкости венозной крови можно не проводить ге- мотрансфузию во время операции:

А 120-150 мл/л. Б 30-50 мл/л.

В 60-80 мл/л. Г 80-100 мл/л.

В 154 Программу трансфузионной терапии во время операции определяет: А Анестезиолог.

Б Хирург.

В Трансфузиолог.

Г Хирург и анестезиолог. В 155

Кислородная емкость крови может служить ориентиром для определения показаний к гемотрансфузии во время операции. Для ее определения необходимо провести исследования:

А Определить содержание гемоглобина в крови. Б Рассчитать минутный объем крови.

В Определить сердечный индекс и ударный объем.

Г Определить парциальное давление кислорода в крови.

В 156 Что необходимо сделать при гемотрансфузии во время операции для предупреждения развития цитратной интоксикации: А После переливания ввести расчетную дозу хлорида кальция.

Б После переливания крови ввести расчетную дозу глюконата натрия. В Переливать кровь с использованием сорбционных фильтров.

Г Осуществить конверсию цитратной крови.

В 157 С помощью какого доступного метода можно оценить объем кровопотери во время операции:

А Гравитационный.

Б Определение шокового индекса Альговера. В Полиглюкиновый.

Г Радиометрический.

В 158 Показанием к внутриартериальной гемотрансфузии во время операции является:

А Остановка сердца, вызванная массивной не восполненной кровопотерей.

Б Шок.

В Гипотония.

Г Гемодилюционная коагулопатия.

159 При гемотрансфузиях во время операции с целью профилактики эмболизации микроиркуляторного русла легких микросгустками необходимо:

А Переливать кровь через микрофильтры.

Б Ограничить объем гемотрансфузии.

В Переливать кровь с помощью систем типа ПК.

Г Переливать только гепаринизированную кровь.

160 Трансфузионная программа при травматическом шоке I степени соответствует программе возмещения кровопотери в объеме:

А До 20% ОЦК.

Б До 10% ОЦК.

В До 30% ОЦК.

Г До 40% ОЦК.

161 Трансфузионная программа при травматическом шоке II степени соответствует программе возмещения кровопотери в объеме:

А До 30% ОЦК.

Б До 10% ОЦК.

В До 20% ОЦК.

Г До 40% ОЦК.

162 Трансфузионная программа при травматическом шоке III степени соответствует программе возмещения кровопотери в объеме:

А До 30% ОЦК.

Б До 10% ОЦК.

В До 20% ОЦК.

Г До 40% ОЦК.

163 При какой площади глубокого ожога по отношению к поверхности тела может развиваться ожоговый шок у взрослых, более:

А 10%.

Б 5%.

В 15%.

Г 20%.

164 Общий объем жидкости, вводимой в первые сутки ожогового шока больному, определяется по следующему правилу:

А 2 мл/кг массы тела на каждый 1% ожоговой раны 2 л 5% р-ра глюкозы.

Б 1 мл/кг массы тела на каждый 1% ожоговой раны.

В 2 мл/кг массы тела на каждый 1% ожоговой раны.

Г 1 мл/кг массы тела на каждый 1% ожоговой раны 2 л 5% р-ра глюкозы.

165 Какое соотношение должно быть между коллоидными и кристаллоидными растворами при лечении ожогового шока:

А 1:1

Б 1:2

В 1:3

Г 2:1

166 На 2-е сутки ожогового шока объем трансфузионной терапии равен по отношению к ее объему в 1 -е сутки:

А 1/2

Б 1

В 1/4

Г 1/3

167 На 3-й сутки ожогового шока объем трансфузионной терапии равен по отношению к ее объему в 1 -е сутки:

А 1/3

Б 1

В 1/4

Г 1/2

В 168 При каком уровне гемоглобина необходимо введение эритроцитсодержащих трансфузионных средств при лечении хронических анемических состояний, менее:

А 60 г/л.

Б 50 г/л.

В 70 г/л.

Г 80 г/л.

169 Какова доза вводимой эритроцитарной массы в мл/кг массы тела при лечении анемических состояний, не более:

А 5

Б 10

В 12

Г 15

170 Трансфузии эритроцитсодержащих средств небезопасны при:

А Аутоиммунной гемолитической анемии.

Б Железодефицитных анемиях.

В Наследственных гемолитических анемиях.

Г Гипопластической анемии.

171 Показанием к трансфузии тромбоцитарной взвеси для достижения гемостатического эффекта является:

А Наличие геморрагического диатеза.

Б Количество тромбоцитов в крови больного менее 300×10^9 /л.

В Тромбоцитопения.

Г Болезнь Виллебранда.

172 Терапевтическая доза тромбоцитарной массы для гемостатического эффекта в расчете на 10 кг массы тела должна быть (число тромбоцитов в тромбоцитарной массе):

А 50-70 млрд.

Б 20-30 млрд.

В 20-40 млрд.

Г 30-50 млрд.

173 Противопоказания к инфузии 0,9% р-ра хлорида натрия:

А Метаболический ацидоз.

Б Гипохлоремия.

В Метаболический алкалоз.

Г Гипотоническая дегидратация.

174 Противопоказания к инфузии растворов натрия гидрокарбоната:

А Метаболический ацидоз.

Б Дыхательный (респираторный) ацидоз.

В Изотоническая дегидратация с метаболическим ацидозом.

Г Гипотоническая дегидратация с метаболическим ацидозом.

175 При лечении какого состояния показаны инфузии 5% р-ра глюкозы:

А Гипертонической дегидратации.

Б Гипотонической дегидратации.

В Изотонической дегидратации.

Г Гипотонической гипергидратации.

176 Противопоказанием к инфузии 5% р-ра глюкозы служит:

А Гипотоническая дегидратация.

Б Гипертоническая дегидратация.

В Гиперосмолярный синдром.

Г Гиперкалиемия.

177 Коррекция гипохлоремического алкалоза должна осуществляться:

А Введением молярного раствора хлористоводородной кислоты.

Б Молярного раствора уксусной кислоты.

В Молярного раствора калия хлорида.

Г Раствора трис-буфера.

178 Какое количество 1 н. раствора хлористоводородной кислоты можно ввести в течение суток при коррекции гипохлоремического алкалоза (не более):

А 100 мл.

Б 50 мл.

В 150 мл.

Г 200 мл.

179 Ренальные потери жидкости при инфузионной терапии следует возмещать:

А 5% р-ром глюкозы и изотоническими растворами.

Б Гипертоническими растворами.

В 20% р-ром глюкозы и изотоническими растворами.

Г Молярными растворами натрия хлорида и калия хлорида.

180 Объем инфузируемой жидкости не должен превышать в день при соблюдении принципов гидратации:

А 30-40 мл/кг.

Б 20-30 мл/кг.

В 40-50 мл/кг.

Г 50-60 мл/кг.

181 При внутримышечном введении простого инсулина полупериод его усвоения составляет:

А 120 мин.

Б 30 мин.

В 60 мин.

Г 90 мин.

182 Максимальная скорость инфузии аминокислот должна быть:

А 0,1 г/(кг. ч)

Б 0,2г/(кг. ч).

В 0,3г/(кг. ч)

Г 0,4г/(кг. ч)

183 При усиленном катаболизме белка программа парентерального питания должна включать аминокислоты, не менее (г/кг массы тела в день):

А 1,3-2,0

Б 0,6-1,3

В 2,0-2,7

Г 2,7-3,4

184 Какое количество калорий необходимо вводить для максимальной утилизации 1 г аминокислоты:

А 25-30 ккал.

Б 15-20 ккал.

В 20-25 ккал.

Г 30-35 ккал.

185 Максимальная скорость введения ксилитола при парентеральном питании:

А 0,125 г/(кг. ч)

Б 0,050 г/(кг. ч)

В 0,075г/(кг. ч)

Г 0,100г/(кг. ч)

186 Скорость инфузии глюкозы при парентеральном питании не должна превышать:

А 0,5-0,9 г/(кг.ч).

Б 0,1-0,5 г/(кг.ч).

В 0,9-1,3 г/(кг.ч).

Г 1,3-1,7 г/(кг.ч).

187 Оптимальная скорость введения сорбитола при парентеральном питании:

А 0,5-1,0 г/(кг х ч).

Б 1,0-1,5 г/(кг х ч).

В 1,5-2,0 г/(кг х ч).

Г 2,0-2,5 г/(кг х ч).

188 Оптимальная скорость введения фруктозы при парентеральном питании:

А 0,5-1,0 г/(кг.ч).

Б 1,0-1,5 г/(кг.ч).

В 1,5-2,0 г/(кг.ч).

Г 2,0-2,5 г/(кг.ч).

189 Максимальная скорость введения жировой эмульсии:

А 0,1 г/(кг.ч).

Б 0,3 г/(кг.ч).

В 0,5 г/(кг.ч).

Г 0,7 г/(кг.ч).

190 Суточная потребность в воде на 1 кг массы тела при парентеральном питании:

А 30-40 мл.

Б 50-60 мл.

В 70-80 мл.

Г 90-100 мл.

191 Суточная потребность в белках на 1 кг массы тела при парентеральном питании:

А 1,0 г.

Б 2,0 г

В 3,0 г.

Г 4,0 г.

192 Суточная доза углеводов при парентеральном питании на 1 кг массы тела должна составлять не менее:

А 5,0 г.

Б 6,0 г.

В 7,0 г.

Г 8,0 г.

193 Какова суточная потребность в жирах на 1 кг массы тела при парентеральном питании:

А 2,0 г.

Б 3,0 г.

В 3,5 г.

Г 4,5 г.

194 Суточная потребность в натрии на 1 кг массы тела при парентеральном питании:

А 2,0 ммоль.

Б 1,0 ммоль.

В 3,0 ммоль.

Г 4,0 ммоль.

195 Какое количество натрия необходимо вводить при парентеральном питании для удовлетворения суточных потребностей организма из расчета на 1 кг массы тела:

А Не менее 46 мг.

Б Не более 26 мг.

В Не менее 56 мг.

Г Не менее 66 мг.

190 Суточная потребность в калии при парентеральном питании:

А 1,0 ммоль.

Б 0,5 ммоль.

В 1,5 ммоль.

Г 2,0 ммоль.

- 197 Какое количество калия необходимо вводить в сутки при парентеральном питании из расчета на 1 кг массы тела в сутки для удовлетворения потребностей организма:
А 39 мг.
Б 29 мг.
В 49 мг.
Г 59 мг.
- 198 Суточная потребность в хлоре при парентеральном питании:
А 1,5 ммоль.
Б 0,5 ммоль.
В 1,0 ммоль.
Г 2,0 ммоль.
- 199 Какое количество хлора необходимо вводить в сутки при парентеральном питании из расчета на 1 кг массы тела в сутки для удовлетворения потребностей организма:
А 52 мг.
Б 22 мг.
В 32 мг.
Г 42 мг.
- 200 Суточная потребность в кальции на 1 кг массы тела при парентеральном питании:
А Не менее 0,3 ммоль.
Б Не более 0,1 ммоль.
В Не более 0,2 ммоль.
Г 0,4 мг.
- 201 Какое количество кальция необходимо вводить в сутки при парентеральном питании из расчета на 1 кг массы тела в сутки для удовлетворения потребностей организма:
А 4-8 мг.
Б Не более 4,0 мг.
В Не менее 8,0 мг.
Г 8-10 мг.
- 202 Суточная потребность в магнии на 1 кг массы тела при парентеральном питании:
А 0,04-0,2 ммоль.
Б Не более 0,04 ммоль.
В Не менее 0,2 ммоль.
Г 0,2-0,4 ммоль.
- 203 Какое количество магния необходимо вводить в сутки при парентеральном питании из расчета на 1 кг массы тела в сутки для удовлетворения потребностей организма:
А Не более 5,0 мг.
Б Не более 1,0 мг.
В 5,0-6,5 мг.
Г 6,5-7,5 мг.
- 204 Какое количество энергии (ккал/кг массы тела) необходимо в сутки для обеспечения энергетического баланса организма при парентеральном питании:
А 30-40
Б 10-20
В 50-60
Г 70-80
- 205 Гемотрансфузия 1 л цельной крови дает организму количество энергии:
А 900 ккал.
Б 500 ккал.
В 700 ккал.
Г 1100 ккал.
- 206 Насколько возрастают потребности в воде при парентеральном питании при повышении температуры тела на 1 градус Цельсия:
А 10-15%.
Б 5-10%.
В 15-20%.
Г 20-25%.
- 207 Насколько возрастают потребности в энергии при повышении температуры тела на 1 градус Цельсия:
А 10-15%.
Б 5-10%.
В 15-20%.
Г 20-25%.
- 208 Оптимальные процентные соотношения глюкоза / белок / жиры для восполнения энергетической потребности организма в калориях при парентеральном питании:
А 50 : 20 : 30
Б 30 : 30 : 40
В 70 : 20 : 10
Г 50 : 10 : 40
- 209 При каком объеме кровопотери необходима гемотрансфузия?
А 20% ОЦК.
Б Менее 10% ОЦК.
В 30% ОЦК и более.
Г 50% ОЦК.
- 210 При каком снижении гематокритного числа необходима гемотрансфузия?
А Менее 27%.
Б Менее 33%.
В Менее 30%.
Г Менее 20%.
- 211 При каком снижении количества эритроцитов необходима гемотрансфузия?
А Менее 3,0 x 10¹²/л.
Б Менее 3,3 x 10¹²/л.
В Менее 2,5 x 10¹²/л.
Г Менее 2,0 x 10¹²л.
- 212 Какие методы гемотрансфузии существуют:
А Все перечисленные.
Б Прямой.
В Непрямой.
Г Обратный.
- 213 Какие системы применяются для трансфузии крови и ее компонентов из полимерных контейнеров:
А ПК 22-02 и ПК 23-02
Б ПК 22-02 и ПК 11-05
В ПК 11-03 и ПР 11-01
Г КР 11-01 и ВС 10-01
- 214 Для трансфузии кровезаменителей применяются системы:

А ПР 11-01О

Б ПК 11-05

В ПК 11-03

Г КР 11-01

215 В какие кости наиболее безопасно осуществлять внутрикостные гемотрансфузии:

А Подвздошную, большеберцовую.

Б Пяточную, подвздошную.

В Подвздошную, плечевую.

Г Пяточную, локтевую.

216 Пункцию кости при внутрикостной трансфузии чаще всего выполняют:

А Иглой Кассирского.

Б Иглой Дюфо.

В Иглой для трепанобиопсии.

Г Иглой пункционной диаметром 0,5 мм.

217 С какой скоростью осуществляется замещение крови при непрерывном способе обменной гемотрансфузии:

А Соразмерно с темпом эксфузии.

Б 60 кап./мин.

В 80 кап./мин.

Г 100 кап./мин.

218 При прерывистом способе обменной гемотрансфузии оптимальный объем дозы эксфузии не должен превышать (% ОЦК):

А 5

Б 1

В 2

Г 3

219 Обменная гемотрансфузия чаще всего выполняется путем:

А Катетеризации вен.

Б Пункции вен.

В Артериосекции.

Г Венесекции.

220 Как подбирают кровь для обменной гемотрансфузии:

А С учетом всего перечисленного.

Б По системе АВО.

В По системе Резус.

Г С учетом антигенов Келл и hr'(c)

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1. «Клиническая иммунология и трансфузиология»

Тема 1. «Организация трансфузионной службы в РФ. Основные нормативные документы в трансфузиологии. Организация донорства: Закон Российской Федерации о донорах крови и ее компонентов. Порядок обследования. Абсолютные и относительные (временные) противопоказания к различным видам донорства. Организация трансфузиологической терапии в медицинских учреждениях»

Формы текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного ответа:

1. Организация трансфузионной службы в РФ.
2. Основные нормативные документы в трансфузиологии.
3. Организация донорства: Закон Российской Федерации о донорах крови и ее компонентов.
4. Организация трансфузиологической терапии в медицинских учреждениях.

Модуль 1. «Клиническая иммунология и трансфузиология»

Тема 2. «Производственная трансфузиология. Служба крови. Организация донорства: Закон Российской Федерации о донорах крови и ее компонентов. Порядок обследования. Абсолютные и относительные (временные) противопоказания к различным видам донорства/ Обеспечение вирусной безопасности компонентов крови. Организация карантина плазмы. Условия хранения и выдачи препаратов крови»

Формы текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Производственная трансфузиология. Служба крови.
2. Порядок обследования.
3. Абсолютные и относительные (временные) противопоказания к различным видам донорства.
4. Обеспечение вирусной безопасности компонентов крови.
5. Организация карантина плазмы.
6. Условия хранения и выдачи препаратов крови

Модуль 1. «Клиническая иммунология и трансфузиология»

Тема 3. «Иммунологические основы переливания крови - определение групповой принадлежности крови по системе АВО (простая, перекрестная реакция, с цоликлонами) - причины ошибок при определении групповой принадлежности -использование моноклональных реагентов. Определение резус-принадлежности. Другие антигенные системы эритроцитов»

Формы текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Иммунологические основы переливания крови - определение групповой принадлежности крови по системе АВО (простая, перекрестная реакция, с цоликлонами)
2. Причины ошибок при определении групповой принадлежности. Использование моноклональных реагентов.
3. Определение резус-принадлежности.
4. Другие антигенные системы эритроцитов

Модуль 1. «Клиническая иммунология и трансфузиология»

Тема 4. «Порядок подготовки к переливанию компонентов крови. Деонтология в трансфузиологии. Порядок мероприятий, проводимых перед трансфузиями. Оформление протокола переливания эритроцитсодержащих сред. Оформление протокола переливания плазмы Наблюдение за пациентом после гемотрансфузии. Показания к переливанию гемотрансфузионных сред. Препараты крови. Классификация. Клиническое применение»

Формы текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Порядок подготовки к переливанию компонентов крови.
2. Деонтология в трансфузиологии.
3. Порядок мероприятий, проводимых перед трансфузиями.
4. Оформление протокола переливания эритроцитсодержащих сред. Оформление протокола переливания плазмы
5. Наблюдение за пациентом после гемотрансфузии.
6. Показания к переливанию гемотрансфузионных сред.
7. Препараты крови. Классификация. Клиническое применение.

Модуль 1. «Клиническая иммунология и трансфузиология»

Тема 5. «Классификация осложнений после переливания компонентов крови. Лечение острого гемолитического посттрансфузионного осложнений. Осложнения, связанные с недоброкачественной трансфузионной средой. Синдром массивных трансфузий. Трансфузионная иммуносупрессия, трансфузионное заражение вирусными инфекциями. Аллергические реакции»

Формы текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Классификация осложнений после переливания компонентов крови.
2. Лечение острого гемолитического посттрансфузионного осложнений.
3. Осложнения, связанные с недоброкачественной трансфузионной средой.
4. Синдром массивных трансфузий.
5. Трансфузионная иммуносупрессия, трансфузионное заражение вирусными инфекциями.
6. Аллергические реакции.

Модуль 1. «Клиническая иммунология и трансфузиология»

Тема 6. «Аутодонорство. Преимущества и показания к аутодонорству, противопоказания к аутодонорству. Обследование аутодонора. Экстракорпоральные методы лечения. Лечебный плазмаферез»

Формы текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Аутодонорство.
2. Преимущества и показания к аутодонорству, противопоказания к аутодонорству.
3. Обследование аутодонора.
4. Экстракорпоральные методы лечения. Лечебный плазмаферез

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

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	<p>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.</p> <p>Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий 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. Однако допускается одна - две неточности в ответе.</p> <p>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</p> <p>Ответ оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, 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.</p>
проверка практических навыков	<p>Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающийся правильно воспроизвел все элементы данного практического навыка в правильной последовательности.</p> <p>Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающийся воспроизвел принципиально важные элементы данного практического навыка в правильной последовательности, допускается изменение порядка действий, не отразившееся на результате.</p> <p>Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающийся пропустил некоторые элементы навыка или незначительно нарушил порядок выполнения.</p> <p>Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся пропустил принципиально важные элементы навыка, или значительно нарушил порядок выполнения, или не завершил выполнение навыка.</p>
тестирование	<p>Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов</p> <p>Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов</p> <p>Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов</p> <p>Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов.</p>
решение ситуационных задач	<p>Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.</p> <p>Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.</p> <p>Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях, демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.</p> <p>Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.</p>
Защита реферата	<p>Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована ее актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объем, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.</p> <p>Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.</p> <p>Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.</p> <p>Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата,</p>

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёт проводится по зачётным билетам в устной форме с предварительной подготовкой тезисов ответа.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

11-15 баллов. Глубоко и точно усвоил программный материал, четко и логически его излагает, правильно обосновывает принятое решение. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов.

6-10 баллов. Глубоко и точно усвоил программный материал, но недостаточно четко и логически его излагает, не полностью обосновывает принятое решение. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер.

3-5 баллов. Неглубоко усвоил материал, не четко его излагает, затрудняется в принятии решения. Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами.

0-2 балла. Не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, не может принять правильного решения. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют.

Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом: $R_d = R_t + R_b + R_z$, где

R_d - дисциплинарный рейтинг; **R_t** - текущий рейтинг;

R_b - бонусный рейтинг;

R_z - экзаменационный рейтинг

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. История трансфузиологии. Основные этапы развития трансфузиологии.
2. Цели, задачи, основные направления развития трансфузиологии.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
4. Федеральный закон «О донорстве крови и ее компонентов». Права и обязанности донора, меры социальной поддержки.
5. Организация донорства крови и ее компонентов. Виды донорства. Категории доноров.
6. Аутодонорство. Донорство костного мозга.
7. Порядок медицинского обследования доноров крови и ее компонентов. Абсолютные и относительные противопоказания для донорства.
8. Обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов на этапе медицинского освидетельствования доноров.
9. Организация отделения заготовки донорской крови. Требования к помещениям для заготовки донорской крови и ее компонентов в стационарных и выездных условиях.
10. Обеспечение безопасности работы медицинского персонала отделения заготовки донорской крови. Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима.
11. Штаты отделения заготовки донорской крови, его обязанности.
12. Документация отделения заготовки донорской крови.
13. Основные нормативные документы, используемые в работе отделения заготовки донорской крови.
14. Гемоконсерванты и ресуспендирующие растворы, их клиническое значение, сроки реализации.
15. Методы заготовки донорской крови и ее компонентов. Использование современных технологий в производстве компонентов донорской крови.
16. Обеспечение безопасности (инфекционной, иммунологической) компонентов донорской крови на этапе их производства.
17. Преимущества аппаратного метода заготовки компонентов донорской крови.
18. Правила транспортировки и хранения донорской крови и ее компонентов.
19. Компоненты крови, краткая характеристика (эритроцитсодержащие компоненты, свежемороженая плазма, тромбоконцентрат).
20. Порядок выдачи гемокомпонентов в лечебные учреждения. Соблюдение «холодовой цепи» при транспортировке гемотрансфузионных средств.
21. Обеспечение безопасности и качества компонентов донорской крови.
22. Организация трансфузионной терапии в ЛПУ.
23. Обеспечение безопасности гемотрансфузий в ЛПУ.
24. Препараты крови. Отраслевой классификатор.
25. Препараты комплексного действия. Клиническое применение.
26. Корректоры свертывающей системы для внутривенного использования. Клиническое применение.
27. Корректоры свертывающей системы для наружного использования. Клиническое применение.
28. Корректоры свертывающей системы. Классификация.
29. Классификация препаратов иммунобиологического действия.
30. Поливалентные иммунные препараты. Механизм действия. Показания к применению.
31. Специфические иммунные препараты. Механизм действия. Показания к применению.
32. Гомологичные и гетерологичные иммуноглобулины. Показания и противопоказания к применению.
33. Общее понятие о кровезаменителях.
34. Требования, предъявляемые к кровезаменителям.
35. Кровезаменители. Отраслевой классификатор.
36. Гемодинамические кровезаменители. Классификация.
37. Гемодинамические кровезаменители. Механизм действия. Клиническое применение.
38. Кровезаменители дезинтоксикационного действия. Классификация.
39. Кровезаменители дезинтоксикационного действия. Особенности механизма действия кровезаменителей с высокой и низкой молекулярной массой.
40. Кровезаменители дезинтоксикационного действия. Показания и противопоказания. Клиническое применение.
41. Кровезаменители для парентерального питания. Классификация.
42. Кровезаменители для парентерального питания. Классификация. Механизм действия.
43. Кровезаменители для парентерального питания. Клиническое применение.
44. Кровезаменители – регуляторы водно-солевого обмена и кислотно-щелочного состояния. Клиническое применение.
45. Кровезаменители – регуляторы кислотно-щелочного состояния и кислотно-щелочного обмена. Механизм действия.
46. Кровезаменители с газотранспортной функцией. Классификация.
47. Кровезаменители с газотранспортной функцией. Механизм действия. Клиническое применение.
48. Кровезаменители полифункционального действия. Клиническое применение.
49. Принципы и особенности трансфузионной терапии шоковых состояний.
50. Коллоиды и кристаллоиды в терапии шоковых состояний.
51. Коллоиды и кристаллоиды в терапии острых кровопотерь.
52. Принципы и особенности инфузионно-трансфузионной терапии острой массивной кровопотери.
53. Гемофилия А. этиология, патогенез, клиника, лечение.
54. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Этиология, патогенез, клиника.
55. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Диагностика лечение.
56. Тромбоцитопенический геморрагический синдром, лечение.
57. Показания к переливанию крови и её компонентов при неотложных состояниях.
58. Приёмы и методы интенсивной терапии.
59. Гиперкоагуляционные нарушения.

60. Кровосберегающие технологии в хирургии.
61. Аутогемотрансфузии. Современные методики.
62. Реинфузия крови.
63. Управляемая гемодилюция.
64. Экстракорпоральная гемокоррекция - определение понятия, виды.
65. Методологические основы плазмафереза.
66. Плазмаферез на аппаратах центрифужного действия (преимущества и недостатки), мембранный плазмаферез (недостатки и преимущества, виды аппаратов).
67. Плазмаферез. Показания и противопоказания.
68. Осложнения плазмафереза.
69. ВЛОК. Методика показания и противопоказания.
70. УФО крови. Лечебный эффект, показания и противопоказания.
71. Озонотерапия. Лечебный эффект, методики, показания и противопоказания.
72. Основные приказы и инструкции, применяемые в работе гравитационной хирургии крови.
73. Гемосорбция. Механизм лечебного действия, показания, противопоказания.
74. Плазмаферез в гинекологии и акушерстве.
75. Аутодонорство и аутогемотрансфузии преимущества применения аутокрови, методы аутозаготовки.
76. Иммунологические основы переливания крови. Современная классификация антигенов эритроцитов.
77. Антигены эритроцитов системы АВО, современные методы определения.
78. Антигены эритроцитов системы резус, современные методы определения.
79. Современная классификация антигенов эритроцитов.
80. Антитела к антигенам эритроцитов человека, методы определения.
81. Проведение пробы на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента. Методы.
82. Алгоритм иммунологического обследования женщин во время беременности.
83. Обследование супружеской пары, пробы на совместимость по системе резус и редким факторам, современные методы диагностики.
84. Ошибки при определении группы крови, связанные с индивидуальными особенностями образца крови.
85. Ошибки технического характера при определении группы крови.
86. Гемолитическая болезнь новорождённого (ГБН), виды, причины возникновения.
87. Иммунологическое обследование новорождённого с целью диагностики гемолитической болезни.
88. Посттрансфузионные реакции, виды.
89. Посттрансфузионные осложнения негемолитического типа. Классификация. Причины возникновения. Клиника. Профилактика.
90. Посттрансфузионные осложнения гемолитического типа. Классификация. Причины возникновения. Клиника. Профилактика.
91. Гемопоэтические стволовые клетки, биология. Источники.
92. Банк клеток крови, регистр доноров костного мозга. Принципы работы. Функции. Значение.
93. Система HLA, главный комплекс совместимости – МНС (понятие, строение, значение в трансфузиологии).
94. Антигены системы HPA, значение. Функции.
95. Аллоиммунизация к антигенам тромбоцитов.
96. Профилактика посттрансфузионных осложнений аллосенсибилизации или подбор совместимого донора тромбоцитов.
97. HLA антитела, значение, современные методы диагностики.
98. Индивидуальный подбор гемокомпонентов крови. Показания.
99. Подбор трансфузионных сред плоду и новорожденному.
100. Отсроченные трансфузионные гемолитические реакции.
101. Иммунные тромбоцитопении новорожденных.
102. Иммунология, клетки иммунной системы. Природа иммунного ответа.
103. Специализированный подбор гемокомпонентов крови.
104. Достоинства аутодонорства компонентов крови и аутогемотрансфузии. Основные показания для аутодонорства.
105. Что такое Регистр потенциальных доноров костного мозга? Есть ли противопоказания к донорству гемопоэтических стволовых клеток?
106. Как стать потенциальным неродственным донором гемопоэтических стволовых клеток?
107. Методы получения гемопоэтических стволовых клеток из периферической крови.
108. Как обеспечиваются контроль и прослеживаемость донорской крови и ее компонентов.
109. Права доноров в соответствии с Законом РФ от 09.06.93г. №5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов». Меры социальной поддержки для донора.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

1. При определении группы крови перекрестным способом в сыворотке больного агглютинировали стандартные эритроциты А(II), В(III). Какая группа крови больного? Какая картина будет в этом случае в стандартных сыворотках?
2. При определении группы крови в первой серии стандартной сыворотки В(III) –агглютинация, а во второй серии нет. Одновременно она произошла в обеих сериях сыворотки 0(I). Как оценить результат исследования? Что предпринять для уточнения результата?
3. При определении группы крови у больного циррозом печени агглютинировали стандартные эритроциты 0(I), А(II), В(III) групп. Как оценить результат исследования? В чем причина подобного результата? Что предпринять?
4. При перекрестном определении группы крови стандартные эритроциты О(I), А(II), В(III) агглютинации не дали. В стандартных сыворотках 0(I), А(II), В(III) произошла агглютинация. Какая группа крови? Какая дополнительная проба необходима для подтверждения?
5. Больному сепсисом и тяжелой анемией А(II) группы переливалась группа переливалась одногруппная эритромаасса. При определении крови произошла агглютинация с сыворотками 0(I), А(II). Как оценить это явление? Как обеспечить больному трансфузию?
6. Почему кровь группы 0(I) возможно перелить больному АВ(IV), а наоборот нельзя? Ведь встреча одноименных агглютиногенов и агглютининов происходит и в том и в другом случае? На основании какого правила Вы объясните выше указанное утверждение?
7. Почему кровь «опасного» универсального донора нельзя использовать для трансфузии? Рассмотрите теоретически возможные последствия переливания крови этого донора больным 0(I), А(II), В(III) и АВ(IV) групп крови.
8. У больного травматическая ампутация ног, тяжелый шок, большая кровопотеря. По паспорту у него А(II) группа крови. Женщина-врач 0(I), многократно благополучно рожавшая, предлагает для переливания свою кровь. Возможно ли переливание ее крови?
9. Родился желтушный ребенок, у матери массивная кровопотеря. Необходима гемотрансфузия. При пробе на индивидуальную совместимость с эритроцитами выбранной крови агглютинации нет. Возможно ли переливание? Какие пробы еще необходимо провести до гемотрансфузии?
10. При определении резус-принадлежности донора его эритроциты агглютинировали в солевой среде с сывороткой анти-С и только в желатине с сывороткой анти-Д. Как называется та и другая реакции? Какие виды антител участвовали в каждой из них?
11. По поводу тяжелого кровотечения больному АВ(IV) группы крови перелито 2000 мл крови А(II) группы. Через 2 дня необходимо вновь перелить кровь. Во избежание несовместимости как следует поступить?
12. Месяц назад роды желтушного ребенка. Матери показано переливание крови. Пробы на индивидуальную и резус-совместимость отрицательны. При переливании этой совместимой крови возникло осложнение. Какой вид антител можно заподозрить и как их обнаружить?
13. На донорский пункт явилось несколько доноров с 0(I) группы. Что дает повод для подозрения, что некоторые из них являются «опасным универсальным донором»? Как убедиться в обоснованности подозрений? Можно ли перелить плазму «опасного» донора?
14. Мать резус-отрицательная А(II) группы, плод - резус- положительный. Имеет ли значение для развития сенсибилизации матери групповая принадлежность плода по группам системы АВО?
15. В условиях боевых действия в отряде специального назначения возникла необходимость перелить кровь тяжелораненому. Лишь у женщины с мертворождением в анамнезе та же группа крови (по ее словам). Стандартных сывороток нет. Можно ли перелить ее кровь, если тепловая проба сыворотки больного и ее эритроцитов показала совместимость?
16. При повторном определении группы крови больному теми же сыворотками регулярно в сыворотке О(I) группы одной из серий повторяется агглютинация. При осмотре сыворотка - мутная с хлопьями. В чем возможная причина агглютинации? Что следует сделать для уточнения результата?
17. Больному с тяжелой анемией необходима гемотрансфузия. Родственница-женщина той же группы крови и резус-принадлежности сдала для него кровь. Возможно ли переливание ее крови пациенту? Что еще следует знать о доноре для уверенности, что трансфузия не опасна?

18. 15 лет назад больному переливалась кровь. Последнее переливание сопровождалось ознобом, легкой желтухой, микрогематурией, определялась ли в прошлом резус-принадлежность, не знает. При ее определении больной оказался резус-отрицательным. Проба на индивидуальную совместимость сомнительна. Допустимо ли переливание крови? Какая чувствительная проба может прояснить вопрос о наличии у реципиента антител к эритроцитам донора?
19. Больному с группой крови A(II), Rh+ многократно переливалась одногруппная кровь донора без реакций. Для очередного переливания крови этого же донора следует ли терять время для проб на совместимость? Объясните Ваше решение.
20. Больной оперирован год назад с переливанием крови. Осложнений не было. В истории болезни сохранилась запись о группе и резуспринадлежности больного. В этой же больнице предстоит повторная гемотрансфузия. Следует ли повторно определять его резуспринадлежность?
21. При определении резус-совместимости имеет ли значение использование плазмы или сыворотки больного?
22. У женщины одной с реципиентом групповой, и резус принадлежности год назад родился желтушный ребенок. Может ли эта женщина оставаться для этого реципиента донором?
23. Больному с болезнью крови и критическими цифрами анемии необходимо перелить кровь или эритроцитную массу. В пробах агглютинация со всеми сыворотками, в том числе и АВ(IV) группы. Что следует предпринять?
24. У больного острый геморрагический тромбоваскулит. Возможно ли переливание крови? На чем основано Ваше решение?
25. Больной 14 лет с профузным желудочным кровотечением. Геморрагии на коже конечностей, количество тромбоцитов в периферической крови $10 \times 10^9/\text{л}$. Показано ли переливание крови или ее компонентов? Если да, то с какой целью?
26. Больная 12 лет с гематогенным остеомиелитом и тяжелым сепсисом. Кожа и склеры иктеричны, билирубин крови - 40 ммоль/л, не прямой. В моче: протеин и цилиндрурия, лейкоциты. В общем анализе крови лейкоцитов $0,4 \times 10^9/\text{л}$. Проводимая антибактериальная терапия неэффективна. Показано ли в этой ситуации переливание крови или ее компонентов?
27. После удаления зуба в участковой больнице много часов не удается остановить кровотечение ни введением лекарственных средств, ни тампонадой. В анамнезе частое появление «синяков» и гематом после легких ушибов. Показано ли переливание крови или ее компонентов?
28. У больного стеноз митрального клапана. При физической нагрузке - приступы «сердечной астмы»: цианоз, одышка, иногда мокрота. Возможно ли переливание крови или ее компонентов с целью стимуляции при стойком фурункулезе? Применение препаратов крови?
29. Больной 62 лет перенес расстройство мозгового кровообращения (отсутствует речь). После удаления аденомы предстательной железы обильное кровотечение. При отсутствии других гемостатических средств показано ли переливание компонентов крови при пульсе 90 уд в мин., и нормальном АД? При АД 60/0 и пульсе - 130? Объясните Ваше решение?
30. У больного хроническая ревматическая болезнь. Выраженных проявлений гипоксии нет. В течение последнего года гемоглобин не повышался выше 45 г/л. Показано ли переливание компонентов крови? Объясните Ваше решение.

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра _____
направление подготовки (специальность) _____
дисциплина _____

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № _____

- I.**
- II.**
- III.**

Заведующий кафедрой _____ (_____)

Декан _____ факультета _____ (_____)

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/ практического знания)
1.	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	<p>Знать иммунологические основы переливания крови</p> <p>Знать определение групповой принадлежности крови по системе АВО (простая, перекрестная реакция, с цоликлонами)</p> <ul style="list-style-type: none"> -причины ошибок при определении групповой принадлежности - использование моноклональных реагентов - определение групповой принадлежности по системе резус. - определение слабых форм антигена D. - определение резус-антигенов с помощью универсальных реагентов - методику проведения непрямого антиглобулинового теста (реакция Кумбса) - методические подходы к определению резус-принадлежности - другие антигенные системы эритроцитов <ul style="list-style-type: none"> -принципы фенотипирования эритроцитов по системе Levis—методы проб на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента - принципы определения аллоантигенов к антителам эритроцитов - принципы гелевого метода определения групповой принадлежности эритроцитов - алгоритмы исследования с применением идентификационных карт - принципы выявления антиэритроцитарных антител с помощью гелевого метода <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - определение группы крови по системе АВО: <ul style="list-style-type: none"> а) прямой реакцией со стандартными изогемагглютинирующими сыворотками или реагентами с моноклональными антителами (цоликлонами) б) перекрестным методом со стандартными изогемагглютинирующими сыворотками или реагентами с моноклональными антителами (цоликлонами) и стандартными эритроцитами). А, В. в) прямой и перекрестной реакцией в геле - определение резус-принадлежности (Антиген D) <ul style="list-style-type: none"> А)реакцией прямой агглютинации на плоскости с помощью цоликлона анти-D Супер с моноклональными антителами анти-D Б) реакцией с универсальным реагентом анти-резус анти-D (пробирочный метод без подогрева), В) реакцией конглоутинации с 10% раствором желатина в пробирках с подогревом, Г) реакцией с моноклональными антителами в гелевом тесте <p>Владеть методами определения групп крови по системам АВ0, резус, другим системам.</p>	<p>вопросы № 1-109</p> <p>практические задания № 1-30</p> <p>практические задания № 1-30</p>

11. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Экстренная хирургия»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

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

ПК-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 применению эндоскопических методов диагностики и лечения

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.

Не предусмотрены.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Тема №1 «Методика эндоскопических исследований желудочно-кишечного тракта, органов грудной и брюшной полостей и малого таза»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Эзофагоскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования. Ведение больного после эндоскопического исследования.
2. Гастроскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования. Ведение больного после эндоскопического исследования.
3. Дуоденоскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
4. Ректоскопия и колоноскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
5. Холедохоскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
6. Бронхоскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
7. Торакоскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
8. Медиастиноскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
9. Лапароскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.

Тема №2 «Диагностическая эндоскопия органов желудочно-кишечного тракта»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Эзофагоскопия в диагностике заболеваний пищевода. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эзофагит. Дивертикулы. Варикозное расширение вен пищевода. Кардиоспазм. Ожоговая стриктура. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли. Рак пищевода.
2. Гастроскопия в диагностике заболеваний желудка. Эрозии и острые язвы. Хроническая язва. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли. Рак желудка. Болезни оперированного желудка.
3. Дуоденоскопия в диагностике заболеваний двенадцатиперстной кишки. Дуоденит. Дивертикулы. Острая язва. хроническая язва. Папиллит. Хроническая дуоденальная недостаточность. Опухоли большого дуоденального сосочка.
4. Ректоскопия и колоноскопия в диагностике заболеваний прямой и ободочной кишки. Геморрой. Хронический колит. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Дивертикулез. Полипы и диффузный полипоз. Рак прямой и ободочной кишки. Ишемический колит. Эрозивно-язвенные поражения толстой кишки. Подслизистые опухоли. СПИД и изменения ЖКТ. Редкие заболевания толстой кишки.
5. Холедохоскопия в диагностике заболеваний желчных путей. Холедохолитиаз. Стеноз большого дуоденального сосочка. Злокачественные опухоли желчевыводящих путей.

Тема №3 «Диагностическая эндоскопия при заболеваниях органов грудной и брюшной полостей и малого таза»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Бронхоскопия в диагностике заболеваний трахеи и бронхов. Трахеит. Хронический бронхит. Пневмония. Бронхоэктатическая болезнь. Абсцессы и кисты легких. Доброкачественные опухоли трахеи и бронхов. Злокачественные опухоли трахеи. Рак легкого. Диссеминированные заболевания легких. Инородные тела. Бронхиальный свищ.
2. Торакоскопия в диагностике заболеваний легких и плевры. Плевриты неясной этиологии. Спонтанный пневмоторакс. Пиопневмоторакс. Опухоли плевры. Пороки развития плевры. Субплеврально расположенные воспалительные и опухолевые заболевания легких, грудной стенки и средостения.
3. Медиастиноскопия в диагностике заболеваний органов переднего средостения. Внутригрудные аденопатии. Метастазы рака легкого в лимфатические узлы. Диссеминированные легочные процессы.
4. Лапароскопия в диагностике заболеваний органов брюшной полости. Заболевания печени. Острые и хронические воспалительные заболевания органов брюшной полости. Онкологические заболевания органов брюшной полости. Заболевания кишечника. Заболевания органов малого таза. Заболевания органов забрюшинного пространства. Травматические повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Тема №4 «Лечебная и оперативная эндоскопия»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

- Общие вопросы эндохирургии: Основные лапароскопические инструменты: Лапароскопические инструменты доступа. Лапароскопические инструменты для создания экспозиции. Лапароскопические инструменты для рассечения тканей. Лапароскопические инструменты для санации полостей, Инструменты для удаления фрагментов тканей и органов; Инструменты наложения лигатурного шва, Клипаторы, Эндоклиперы, Клипсапplikаторы, Герниостепплеры, Варианты укладки большого в зависимости от вида операции. Аппаратура для эндохирургии: осветительная лампа, камера. инфулятор, аспиратор-ирригатор, электрокоагулятор. Методика наложения пневмоперитонеума, основные ошибки и осложнения. Техника диагностической лапароскопии. Техника установки портов. Основные манипуляции во время вмешательства. Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения. Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности применения. Эндоскопический гемостаз, виды эндоскопического гемостаза.
- Частные вопросы эндохирургии: Лапароскопическая аппендэктомия. Лапароскопическая холецистэктомия. Лапароскопическое ушивание перфоративных язв. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. Лапароскопическая резекция участка кишки. Лапароскопическая резекция желудка. Лапароскопическая гастрэктомия. Лапароскопическая ПДР. Лапароскопическая эзофагэктомия. Эндоскопическое лечение подслизистых образований пищевода и желудка. Эндоскопические вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки. Эндобилиарные вмешательства. Ретроградные доступы, метод рандеву, роль метода в лечении заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза органов гепато-билиарной зоны. Варианты эндоскопических вмешательств при злокачественных и доброкачественных новообразованиях пищеварительной трубки: полипэктомия, стентирование при раке.

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого 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. 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 материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов.
Решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, не последовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, не последовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Прием практических навыков	Оценка «Зачтено» выставляется если ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
	Оценка «Незачтено» выставляется если ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения.

Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине «Экстренная хирургия» в форме зачета проводится в устной форме по экзаменационным билетам.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Результат аттестации	Критерии оценивания
Зачтено	С 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.
	С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий 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. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	С 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.
Не зачтено	Ответ ординатора, обнаруживающий незнание изучаемого материала, 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.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Эзофагоскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования. Ведение больного после эндоскопического исследования.
2. Гастроскопия. Показания и противопоказания осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования ведение больного после эндоскопического исследования.
3. Дуоденоскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
4. Ректоскопия и колоноскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
5. Холедохоскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
6. Бронхоскопия. Показания и противопоказания осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
7. Торакоскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
8. Медиастиноскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
9. Лапароскопия. Показания и противопоказания. Осложнения. Подготовка больного. Премедикация и обезболивание. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов. Последовательность эндоскопического осмотра. Биопсия. Архивирование видеоизображения. Выполнение подсобных диагностических манипуляций. Лечебные манипуляции через эндоскоп. Сочетанные и рентгенологические исследования.
10. Эзофагоскопия в диагностике заболеваний пищевода. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эзофагит. Дивертикулы. Варикозное расширение вен пищевода. Кардиоспазм. Ожоговая стриктура. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли. Рак пищевода.
11. Гастроскопия в диагностике заболеваний желудка. Эрозии и острые язвы. Хроническая язва. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли. Рак желудка. Болезни оперированного желудка.
12. Дуоденоскопия в диагностике заболеваний двенадцатиперстной кишки. Дуоденит. Дивертикулы. Острая язва. хроническая язва. Папиллит. Хроническая дуоденальная недостаточность. Опухоли большого дуоденального сосочка.
13. Ректоскопия и колоноскопия в диагностике заболеваний прямой и ободочной кишки. Геморрой. Хронический колит. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Дивертикулез. Полипы и диффузный полипоз. Рак прямой и ободочной кишки. Ишемический колит. Эрозивно-язвенные поражения толстой кишки. Подслизистые опухоли. Спид и изменения ЖКТ. Редкие заболевания толстой кишки.
14. Холедохоскопия в диагностике заболеваний желчных путей. Холедохолитиаз. Стеноз большого дуоденального сосочка. Злокачественные опухоли желчевыводящих путей.
15. Бронхоскопия в диагностике заболеваний трахеи и бронхов. Трахеит. Хронический бронхит. Пневмония. Бронхоэктатическая болезнь. Абсцессы и кисты легких. Доброкачественные опухоли трахеи и бронхов. Злокачественные опухоли трахеи. Рак легкого. Диссеминированные заболевания легких. Инородные тела. Бронхиальный свищ.
16. Торакоскопия в диагностике заболеваний легких и плевры. Плевриты неясной этиологии. Спонтанный пневмоторакс. Пиопневмоторакс. Опухоли плевры. Пороки развития плевры. Субплеврально расположенные воспалительные и опухолевые заболевания легких, грудной стенки и средостения.
17. Медиастиноскопия в диагностике заболеваний органов переднего средостения. Внутригрудные аденопатии. Метастазы рака легкого в лимфатические узлы. Диссеминированные легочные процессы.
18. Лапароскопия в диагностике заболеваний органов брюшной полости. Заболевания печени. Острые и хронические воспалительные заболевания органов брюшной полости. Онкологические заболевания органов брюшной полости. Заболевания кишечника. Заболевания органов малого таза. Заболевания органов забрюшинного пространства. Травматические повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
19. Общие вопросы эндохирургии: Основные лапароскопические инструменты: Лапароскопические инструменты доступа. Лапароскопические инструменты для создания экспозиции. Лапароскопические инструменты для рассечения тканей. Лапароскопические инструменты для санации полостей, Инструменты для удаления фрагментов тканей и органов; Инструменты наложения лигатурного шва, Клипаторы, Эндоклиперы, Клипсапликаторы, Герниостеплеры, Варианты укладки больного в зависимости от вида операции. Аппаратура для эндохирургии: осветительная лампа, камера. инсуфлятор, аспиратор-ирригатор, электрокоагулятор. Методика наложения пневмоперитонеума, основные ошибки и осложнения. Техника диагностической лапароскопии. Техника установки портов. Основные манипуляции во время вмешательства. Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения. Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности применения. Эндоскопический гемостаз, виды эндоскопического гемостаза.
20. Частные вопросы эндохирургии: Лапароскопическая аппендэктомия. Лапароскопическая холецистэктомия. Лапароскопическое ушивание перфоративных язв. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. Лапароскопическая резекция участка кишки. Лапароскопическая резекция желудка. Лапароскопическая гастрэктомия. Лапароскопическая ПДР. Лапароскопическая эзофагэктомия. Эндоскопическое лечение подслизистых образований пищевода и желудка. Эндоскопические вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки. Эндобилиарные вмешательства. Ретроградные доступы, метод рандеву, роль метода в лечении заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза органов гепато-билиарной зоны. Варианты эндоскопических вмешательств при злокачественных и доброкачественных новообразованиях пищеварительной трубки: полипэктомия, стентирование при раке.

Практические навыки:

1. Методы местной анестезии глоточного кольца, трахеобронхиального дерева, местной инфильтрационной анестезией
2. Техника эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС; всех отделов толстой и терминального отдела подвздошной кишки – при колоноскопии; трахеобронхиального дерева, вплоть до бронхов 5 порядка – при бронхоскопии; серозных покровов, а также абдоминальных органов брюшной полости - при лапароскопии
3. Прицельная биопсия из патологических очагов слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов
4. Метод фиксации материала биопсии для гистологического исследования
5. Техника выполнения мазков-отпечатков для цитологического исследования
6. Метод осуществления забора асцитической жидкости, выпота из брюшной полости для цитологического исследования и посевов
7. Извлечение инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов желудочно-кишечного тракта и толстой кишки во время эндоскопического исследования
8. Методы удаления доброкачественных опухолей из желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева во время эндоскопического исследования
9. Методы выполнения местного гемостаза во время ЭГДС и бронхоскопии
10. Расширения и рассечения послеоперационных сужений пищевода
11. Папилосфинктеротомия и вируснотомия и извлечения камней из протоков
12. Установка зонда для питания
13. Дренирование брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства
14. Техника выполнения санационной бронхоскопии с региональным лимфатическим введением антибиотиков и иммуномодуляторов.

кафедра педиатрии института профессионального образования
специальность 31.08.70 «ЭНДОСКОПИЯ»
дисциплина «Экстренная хирургия»

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1

Теоретические вопросы

- I. Дренирование брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства
- II. Техника выполнения санационной бронхоскопии с региональным лимфатическим введением антибиотиков и иммуномодуляторов.

Заведующий кафедрой _____/С.В. Мирошников

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации _____/И.В.Ткаченко

« ____ » _____ 20 ____

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
3	ПК-5	<p>Знать:</p> <p>Этапы формирования язв желудка и ДПК, показания, противопоказания к местному лечению, способы местного лечения и заживления язв; классификации желудочно-кишечных кровотечений (по Forrest, клиническую и по волновой скорости), источников кровотечений, способы эндоскопического гемостаза, определение риска рецидива кровотечения; осложнения наличия инородных тел в ЖКТ, организационные вопросы, показания, инструменты и способы извлечения инородных тел в зависимости от характера предмета, а также ведение больного после извлечения инородного тела; классификации полипов, показаний и противопоказаний к полипэктомии, осложнений полипэктомий, способов удаления полипов, подготовки к операции, послеоперационное ведение больного и контрольные эндоскопии после полипэктомии в зависимости от гистологической структуры полипа; заболевания желчных путей, способы извлечения конкрементов, полипэктомии из желчных путей, правила папиллосфинктеротомии (ПСТ) и дилатации БДС; показания и противопоказания санационной бронхоскопии, лекарственных препаратов, используемых для лечебной бронхоскопии, правил проведения санации; осложнений нахождения инородных тел в трахеи и бронхах, показаний и противопоказаний к увеличению инородных тел, использования инструментов в зависимости от характера инородного тела, выбора способа БС (ригидной или гибкой), способа обезболивания, ведение больного после извлечения инородного тела; показаний, противопоказаний и осложнений ЛС, методики осмотра брюшной полости, анатомии желчных путей различных способов дренирования желчного пузыря, брюшной полости и сальниковой сумки, техники оментопексии, стомирования, ушивания перфорации полых органов. Знание показаний к лечению гинекологических показаний, профилактики осложнений при ЛС.</p> <p>Уметь</p> <p>Оценить способы местного лечения для язв желудка или 12-перстной кишки и дифференцированно подойти к их лечению; оценить противопоказания к эндоскопии при ЖКК, оформить заключение и правильно решить вопрос о выборе эндоскопического гемостаза; определить инородное тело в ЖКТ, способ его извлечения, инструменты соответственно инородному телу и дальнейшее ведение больного; определить показания и противопоказания к полипэктомии, осложнения полипэктомий, способы удаления полипов, подготовки к операции, послеоперационное ведение больного и контрольные эндоскопии после полипэктомии в зависимости от гистологической структуры полипа; определить способы извлечения конкрементов, полипэктомии из желчных путей, правила папиллосфинк-теротомии (ПСТ) и дилатации БДС; определить показания и противопоказания и осложнения санационной бронхоскопии, лекарственные препараты, используемые для лечебной бронхоскопии, отдаленные результаты и частоту курсов проведения санационных бронхоскопий; правильно организовать работу эндоскопической службы по извлечению инородных тел из трахеи и бронхов, при необходимости определять противопоказания к</p>	<p>вопросы № 1-20</p> <p>Практические задания №1-14</p>

		<p>эндоскопическому удалению, предотвратить осложнения, правильно выбрать способ БС и анестезию, инструменты, определить в дальнейшем ведение больных; организовать службу для удаления внутрипросветных образований трахеи и бронхов, соблюдать этапы эндоскопического удаления, определить способы их удаления и анестезии, предотвратить осложнения; уметь выбрать стенты для эндопротезирования бронхиального дерева и ЖКТ в зависимости от причины стеноза, определить показания к стентированию, наблюдать за больными после стентирования; провести осмотр органов брюшной полости, оценить патологию какого-либо органа брюшной полости, принять решение о способе лечения, провести соответственно операцию /дренирование желчного пузыря, брюшной полости, сальниковой сумки, ушивание перфорации полого органа и др.), выявлять осложнений и провести его лечение..</p>	
		<p>Владеть Алгоритмом первичного обследования при профильных заболеваниях и особенностями оказания экстренной помощи пациентам хирургического профиля</p>	<p>вопросы № 1-20</p>
4	ПК-6	<p>Знать Алгоритм обследования пациента с профильной патологией; основные и дополнительные методы обследования; классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы комплексного лечения; причины ошибок и осложнений при хирургическом лечении различных нозологических форм заболеваний, методы их выявления, устранения и предупреждения; показания и противопоказания к хирургическому лечению у профильных больных</p>	<p>вопросы № 1-20</p>
		<p>Уметь Интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; выбирать оптимальный вариант лечения, назначать медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждать их нежелательные побочные действия; установить показания и определить адекватную методику хирургического лечения</p>	<p>Практические задания №1-14</p>
		<p>Владеть Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с профильной патологией, нуждающихся в оказании эндоскопической помощи - методами профилактики и лечения ошибок и осложнений, возникающих при проведении эндоскопического лечения</p>	<p>вопросы № 1-20</p>

12. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Миниинвазивная хирургия»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

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

ПК-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 применению эндоскопических методов диагностики и лечения

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.

Не предусмотрены.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Тема №1 «Общие вопросы эндохирургии»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Эндохирургия состояние и проблемы.
2. История развития эндохирургии.
3. Инструменты и оборудование.
4. Общие клинические положения и оперативная техника.
5. Осложнения в эндохирургии.
6. Особенности обезболивания в эндохирургии.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику обезболивания при выполнении эндохирургических вмешательств.

Тема №2 «Эндоскопическая абдоминальная хирургия»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Показания и противопоказания к применению эндоскопических и малоинвазивных вмешательств.
2. Эндоскопические внутрипросветные вмешательства при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (полипэктомии, резекции слизистой, стентирование пищевода пилорического отдела желудка, кишки).
3. Транспапиллярные вмешательства при патологии желчевыводящей системы.
4. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии живота (при остром аппендиците, холецистите перфорации язвы, панкреатите, повреждениях живота).
5. Лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни, грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, наружных грыжах живота, заболеваниях толстой кишки, селезенки.
6. НОТЕС – хирургия.
7. Осложнения лапароскопических операций, диагностика и лечение осложнений.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения полипэктомии, резекции слизистой, стентирования пищевода пилорического отдела желудка, кишки.
2. Продемонстрировать методику транспапиллярных вмешательств при патологии желчевыводящей системы.
3. Продемонстрировать методику лапароскопических вмешательств в неотложной хирургии живота (при остром аппендиците, холецистите перфорации язвы, панкреатите, повреждениях живота).
4. Продемонстрировать методику лапароскопических вмешательств при желчнокаменной болезни, грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, наружных грыжах живота, заболеваниях толстой кишки, селезенки.

Тема №3 «Торакоскопическая хирургия»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Технические особенности торакоскопических операций.
2. Показания и противопоказания.
3. Торакоскопические операции на легких, плевре и симпатической нервной системе.
4. Торакоскопическая хирургия средостения.
5. Торакоскопические операции на пищеводе.
6. Осложнения торакоскопических операций, диагностика и лечения осложнений.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения торакоскопических операций на легких, плевре и СНС, средостении, пищеводе.

Тема №4 «Интервенционная рентгенология»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Технические особенности выполнения малоинвазивных вмешательств под УЗИ и КТ – навигацией.
2. Показания и противопоказания.
3. Применение малоинвазивных дренирующих операций при патологических процессах брюшной полости и забрюшинного пространства.
4. Осложнения малоинвазивных вмешательств, диагностика и лечение.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения малоинвазивных вмешательств под УЗИ и КТ – навигацией
2. Продемонстрировать методику малоинвазивных дренирующих операций при патологических процессах брюшной полости и забрюшинного пространства.

Тема №5 «Малоинвазивные и эндоскопические вмешательства в урологии»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Технические особенности выполнения малоинвазивных и эндоскопических вмешательств в урологии.
2. Показания и противопоказания.
3. Экстракорпоральная ударноволновая литотрипсия.
4. Трансуретральные вмешательства (резекция предстательной железы, слизистой мочевого пузыря, стентирование мочеточника, трансуретральная литотрипсия).
5. Чрескожные вмешательства при заболеваниях почек (нефростомия, пункционное дренирование кист почек).
6. Ретроперитонеоскопические операции при кистах почек и мочекаменной болезни.
7. Лапароскопическая нефрэктомия, резекция почки, простатэктомия.
8. Осложнения малоинвазивных и эндоскопических операций в урологии, диагностика и лечение.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику выполнения трансуретральных вмешательств.
2. Продемонстрировать методику чрескожных вмешательств при заболеваниях почек.
3. Продемонстрировать методику ретроперитонеоскопических операций при кистах почек и мочекаменной болезни.
4. Продемонстрировать методику лапароскопической нефрэктомии, резекции почки, простатэктомии.

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Продемонстрировать методику лечебной лапароскопии заболеваний в рамках рассматриваемого занятия.

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого 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. 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 материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов.
Решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Прием практических навыков	Оценка «Зачтено» выставляется если ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
	Оценка «Незачтено» выставляется если ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения.

Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине «Миниинвазивная хирургия» в форме экзамена проводится в устной форме по экзаменационным билетам по окончании каждого учебного года, т.е. всего 2 раза.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Результат аттестации	Критерии оценивания
Зачтено	С 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.
	С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий 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. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	С 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.
Не зачтено	Ответ ординатора, обнаруживающий незнание изучаемого материала, 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.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Эндохирургия состояние и проблемы
2. История развития эндохирургии.
3. Инструменты и оборудование в эндохирургии.
4. Общие клинические положения и оперативная техника в эндохирургии.
5. Осложнения в эндохирургии.
6. Особенности обезболивания в эндохирургии.
7. Показания и противопоказания к применению эндоскопических и малоинвазивных вмешательств.
8. Эндоскопические внутрипросветные вмешательства при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (полипэктомии, резекции слизистой, стентирование пищевода пилорического отдела желудка, кишки).
9. Транспапиллярные вмешательства при патологии желчевыводящей системы.
10. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии живота (при остром аппендиците, холецистите перфорации язвы, панкреатите, повреждениях живота).
11. Лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни, грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, наружных грыжах живота, заболеваниях толстой кишки, селезенки. НОТЕС – хирургия.

12. Осложнения лапароскопических операций, диагностика и лечение осложнений.
13. Технические особенности торакоскопических операций.
14. Показания и противопоказания к проведению торакоскопических операций.
15. Торакоскопические операции на легких, плевре и симпатической нервной системе.
16. Торакоскопическая хирургия средостения.
17. Торакоскопические операции на пищеводе.
18. Осложнения торакоскопических операций, диагностика и лечения осложнений.
19. Технические особенности выполнения малоинвазивных вмешательств под УЗИ и КТ – навигацией.
20. Показания и противопоказания к выполнению малоинвазивных вмешательств под УЗИ и КТ – навигацией.
21. Применение малоинвазивных дренирующих операций при патологических процессах брюшной полости и забрюшинного пространства.
22. Осложнения малоинвазивных вмешательств, диагностика и лечение.
23. Технические особенности выполнения малоинвазивных и эндоскопических вмешательств в урологии.
24. Показания и противопоказания к проведению малоинвазивных и эндоскопических вмешательств в урологии.
25. Экстракорпоральная ударноволновая литотрипсия.
26. Трансуретральные вмешательства (резекция предстательной железы, слизистой мочевого пузыря, стентирование мочеточника, трансуретральная литотрипсия).
27. Чрескожные вмешательства при заболеваниях почек (нефростомия, пункционное дренирование кист почек).
28. Ретроперитонеоскопические операции при кистах почек и мочекаменной болезни.
29. Лапароскопическая нефрэктомия, резекция почки, простатэктомия.
30. Осложнения малоинвазивных и эндоскопических операций в урологии, диагностика и лечение.

Практические навыки:

1. Продemonстрировать методику обезболивания при выполнении эндохирургических вмешательств.
2. Продemonстрировать методику выполнения полипэктомии, резекции слизистой, стентирования пищевода пилорического отдела желудка, кишки.
3. Продemonстрировать методику транспиллярных вмешательств при патологии желчевыводящей системы.
4. Продemonстрировать методику лапароскопических вмешательств в неотложной хирургии живота (при остром аппендиците, холецистите перфорации язвы, панкреатите, повреждениях живота).
5. Продemonстрировать методику лапароскопических вмешательств при желчнокаменной болезни, грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, наружных грыжах живота, заболеваниях толстой кишки, селезенки.
6. Продemonстрировать методику выполнения торакоскопических операций на легких, плевре и СНС, средостении, пищеводе.
7. Продemonстрировать методику выполнения малоинвазивных вмешательств под УЗИ и КТ – навигацией.
8. Продemonстрировать методику малоинвазивных дренирующих операций при патологических процессах брюшной полости и забрюшинного пространства.
9. Продemonстрировать методику выполнения трансуретральных вмешательств.
10. Продemonстрировать методику чрескожных вмешательств при заболеваниях почек.
11. Продemonстрировать методику ретроперитонеоскопических операций при кистах почек и мочекаменной болезни.
12. Продemonстрировать методику лапароскопической нефрэктомии, резекции почки, простатэктомии.

Образец экзаменационного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра педиатрии института профессионального образования
специальность 31.08.70 «ЭНДОСКОПИЯ»
дисциплина «Миниинвазивная хирургия»

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1

Теоретические вопросы

- I. Показания к колоноскопии.
- II. Клиника и диагностика пенетрации язвы желудка.
- III. Задача.

Пациенту 11 лет выполнена лапароскопия по поводу острого аппендицита. При ревизии брюшной полости выявлен рыхлый инфильтрат, состоящий из купола слепой кишки, червеобразного отростка, большого сальника и петель подвздошной кишки. Ваша тактика.

Демонстрация практических навыков

- I. Оцените результаты ЭГДС
- II. Продemonстрировать методику выполнения малоинвазивных вмешательств под УЗИ и КТ – навигацией.

Заведующий кафедрой _____/С.В. Мирошников

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации _____/И.В.Ткаченко

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1.	ПК-5	<p>Знать: Этапы формирования язв желудка и ДПК, показания, противопоказания к местному лечению, способы местного лечения и заживления язв; классификации желудочно-кишечных кровотечений (по Forrest, клиническую и по волновой скорости), источников кровотечений, способы эндоскопического гемостаза, определение риска рецидива кровотечения; осложнения наличия инородных тел в ЖКТ, организационные вопросы, показания, инструменты и способы извлечения инородных тел в зависимости от характера предмета, а также ведение больного после извлечения инородного тела; классификации полипов, показаний и противопоказаний к полипэктомии, осложнений полипэктомии, способов удаления полипов, подготовки к операции, послеоперационное ведение больного и контрольные эндоскопии после полипэктомии в зависимости от гистологической структуры полипа; заболевания желчных путей, способы извлечения конкрементов, полипэктомии из желчных путей, правила папиллосфинктеротомии (ПСТ) и дилатации БДС; показания и противопоказания санационной бронхоскопии, лекарственных препаратов, используемых для лечебной бронхоскопии, правил проведения санации; осложнений нахождения инородных тел в трахеи и бронхах, показаний и противопоказаний к увеличению инородных тел, использования инструментов в зависимости от характера инородного тела, выбора способа БС (ригидной или гибкой), способа обезболивания, ведение больного после извлечения инородного тела; показаний, противопоказаний и осложнений ЛС, методики осмотра брюшной полости, анатомии желчных путей различных способов дренирования желчного пузыря, брюшной полости и сальниковой сумки, техники оментопексии, стомирования, ушивания перфорации полых органов. Знание показаний к лечению гинекологических показаний, профилактики осложнений при ЛС.</p>	вопросы № 1-30
		<p>Уметь Оценить способы местного лечения для язв желудка или 12-перстной кишки и дифференцированно подойти к их лечению; оценить противопоказания к эндоскопии при ЖКК, оформить заключение и правильно решить вопрос о выборе эндоскопического гемостаза; определить инородное тело в ЖКТ, способ его извлечения, инструменты соответственно инородному телу и дальнейшее ведение больного; определить показания и противопоказания к полипэктомии, осложнения полипэктомии, способы удаления полипов, подготовки к операции, послеоперационное ведение больного и контрольные эндоскопии после полипэктомии в зависимости от гистологической структуры полипа; определить способы извлечения конкрементов, полипэктомии из желчных путей, правила папиллосфинктеротомии (ПСТ) и дилатации БДС; определить показания и противопоказания и осложнения санационной бронхоскопии, лекарственные препараты, используемые для лечебной бронхоскопии, отдаленные результаты и частоту курсов проведения санационных бронхоскопий; правильно организовать работу эндоскопической службы по извлечению инородных тел из трахеи и бронхов, при необходимости определять противопоказания к эндоскопическому удалению, предотвратить осложнения, правильно выбрать способ БС и анестезию, инструменты, определить в дальнейшем ведение больных; организовать службу для удаления внутрипросветных образований трахеи и бронхов, соблюдать этапы эндоскопического удаления, определить способы их удаления и анестезии, предотвратить осложнения; уметь выбрать стенты для эндопротезирования бронхиального дерева и ЖКТ в зависимости от причины стеноза, определить показания к стентированию, наблюдать за больными после стентирования; провести осмотр органов брюшной полости, оценить патологию какого-либо органа брюшной полости, принять решение о способе лечения, провести соответственно операцию /дренирование желчного пузыря, брюшной полости, сальниковой сумки, ушивание перфорации полого органа и др.), выявлять осложнений и провести его лечение.</p>	практические задания № 1-12
		<p>Владеть Алгоритмом первичного обследования при профильных заболеваниях</p>	практические задания №-1-12
2.	ПК-6	<p>Знать Алгоритм обследования пациента с профильной патологией; основные и дополнительные методы обследования; классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы комплексного лечения; причины ошибок и осложнений при хирургическом лечении различных нозологических форм заболеваний, методы их выявления, устранения и предупреждения; показания и противопоказания к хирургическому лечению у профильных больных</p>	Вопросы № 1-30
		<p>Уметь Интерпретировать полученные результаты лабораторных и</p>	практические задания № 1-12

		инструментальных методов обследования; выбирать оптимальный вариант лечения, назначать медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждать их нежелательные побочные действия; установить показания и определить адекватную методику хирургического лечения	
		Владеть Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с профильной патологией, нуждающихся в оказании эндоскопической помощи - методами профилактики и лечения ошибок и осложнений, возникающих при проведении эндоскопического лечения	практические задания № 1-12

ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

1. Эндоскопическая хирургия и её особенности
2. Преимущества эндоскопической хирургии перед традиционными вмешательствами
3. Проблемы и недостатки эндоскопической хирургии
4. История развития эндоскопической хирургии
5. Основные области применения эндоскопической хирургии
6. Основное оборудование для эндоскопической хирургии
7. Инструменты для эндоскопических вмешательств
8. Способы выполнения оперативного доступа в эндоскопической хирургии
9. Способы создания необходимого пространства для работы в эндоскопической хирургии
10. Особенности рассечения и соединения тканей в эндоскопической хирургии
11. Конверсия в эндоскопической хирургии
12. Виды электрохирургии: монополярная, биполярная
13. Механизм электрохирургического воздействия на ткани
14. Правила использования электрохирургического инструментария, меры профилактики осложнений.
15. Влияние пневмоперитонеума и положения тела на течение анестезии
16. Общие осложнения лапароскопии

ТЕСТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ»

1. Чаще встречаются дивертикулы пищевода:
 - а) Глоточно-пищеводные
 - б) Эпифренальные
 - в) Бифуркационные**
 - г) Абдоминального отдела
2. При язвенной болезни 12-перстной кишки кровотечения чаще всего возникают:
 - а) Из привратниковой артерии
 - б) Из желудочно-двенадцатиперстной
 - в) Из желудочно-сальниковой правой
 - г) Из поджелудочно-двенадцатиперстной верхней
 - д) Из всех перечисленных**
3. Большой дуоденальный сосочек расположен:
 - а) На границе верхней и средней трети задней стенки нисходящей части 12-перстной кишки
 - б) На середине передне-боковой стенки нижней горизонтальной части кишки
 - в) На середине или границе средней и нижней трети внутренне-задней стенки нисходящей части**
 - г) На границе трети передне-внутренней стенки нисходящей части кишки
4. Медикаментозные изъязвления преимущественно располагаются:
 - а) В дне желудка
 - б) В теле желудка
 - в) В антральном отделе**
 - г) В 12-перстной кишке
 - д) В лобном отделе желудка и 12-перстной кишки
5. Различают:
 - а) Одну степень дисплазии
 - б) Две степени дисплазии
 - в) Три степени дисплазии
 - г) Четыре степени дисплазии**
 - д) Пять степеней дисплазии
6. О пенетрации язвы свидетельствуют все перечисленные симптомы, кроме:
 - а) Усиления боли
 - б) Ослабления боли**
 - в) Иррадиации боли в спину
 - г) Болей по ночам
 - д) Изменения ритмичности болей
7. Прогноз при желудочно-кишечном кровотечении коррелирует:
 - а) С размерами язвы
 - б) С локализацией язвы
 - в) С количеством потерянной крови**
 - г) С возрастом больного
 - д) С полом
8. Развитию синдрома Мэллори - Вейса способствует:
 - а) Язвенная болезнь
 - б) Алкоголизм**
 - в) Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
 - г) Рак желудка
 - д) Лимфома желудка
9. Колоноскопия не показана:
 - а) При анемии
 - б) При раке яичника**

- в) При метастатическом поражении печени
- г) При полипе желудка
- д) **При дизентерии**

10. Осмотр терминального отдела подвздошной кишки целесообразен:

- а) При неспецифическом язвенном колите
- б) При болезни Крона
- в) При диффузном полипозе толстой кишки
- г) При неустановленном источнике кишечного кровотечения
- д) **При всех перечисленных заболеваниях**

11. Технически наиболее трудным для проведения колоноскопа является:

- а) Ректо-сигмовидный отдел
- б) **Сигмовидная кишка**
- в) Селезеночный узел
- г) Печеночный узел
- д) Нисходящая кишка

13. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Патологическая анатомия»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

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

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины «Патологическая анатомия».

Внеаудиторная работа. (реферат, доклад).

1. Возрастные особенности воспаления. Особенности воспаления в периоды эмбриогенеза, фетогенеза, новорожденности и детского возраста.
2. Медиаторы воспаления. Источники их образования. Влияние на различные фазы течения воспаления.
3. Клеточные реакции при воспалении. Роль лейкоцитов, макрофагов и других клеток в течение воспаления.
4. Воспаление и иммунитет. Механизмы формирования иммунных реакций в процесс воспаления. Аллергическое воспаление.
5. Адаптация как общепатологический процесс. Ее клиническое значение.
6. Роль регенераторных процессов в формировании предопухолевых изменений тканей.
7. Клиническая морфология первичных и вторичных иммунодефицитных синдромов.
8. Иммунокомплексные болезни. Патогенез. Морфология основных форм проявлений.
9. Перинатальная патология при ВИЧ-инфекции.
10. Предраковые процессы в различных органах.
11. Рак пищевода.
12. Рак кишечника.
13. Современные аспекты морфогенеза рака молочной железы.
14. Паранеопластические синдромы при злокачественных опухолях.
15. Особенности гистогенеза и морфогенеза опухолей у детей.
16. Патогенез кахексии при злокачественных опухолях.
17. Предопухолевые процессы в различных органах.
18. Тератомы. Виды: гистиоидные, органоидные и организмоидные.
19. Облитерирующий бронхиолит и организирующаяся пневмония. Морфогенез, клиничко-морфологическая характеристика.
20. Легочные геморрагические синдромы. Синдром Гудпасчера. Идиопатический легочный гемосидероз. Геморрагические синдромы при васкулитах и других заболеваниях. Пато- и морфогенез, клиничко-морфологические проявления. Поражения легких при сосудисто-коллагеновых заболеваниях (системном склерозе, системной красной волчанке, ревматоидном артрите и др.). Морфологическая характеристика, клинические проявления.
21. Легочный альвеолярный протеиноз. Патогенез, клиничко-морфологическая характеристика. Ятрогенные заболевания органов дыхания: лекарственные осложнения, радиационные поражения, осложнения при пересадке легких.
22. Методы диагностики, морфологическая характеристика, макроскопические варианты, гистологические типы (плоскоклеточный, аденокарцинома, мелкоклеточный, крупноклеточный). Бронхиолоальвеолярный рак. Клиничко-морфологическая характеристика. Нейроэндокринные опухоли. Классификация. Клинические проявления. Морфологическая характеристика, методы диагностики. Смешанная группа опухолей. Классификация. Гамартома легких. Опухоли средостения. Метастазы в легкие опухолей других локализаций. Клиничко-морфологическая характеристика.
23. Патологические процессы в плевре. Классификация. Плевральный выпот. Проявления, патогенез. Выпот воспалительного происхождения. Плеврит (серозный, серозно-фибринозный, фибринозный, геморрагический). Эмпиема плевры. Этиология, клиничко-морфологическая характеристика, исходы. Плевральный выпот невоспалительного происхождения.
24. Гидроторакс, гемоторакс, хилоторакс. Этиология, патогенез, клиничко-морфологическая характеристика. Пневмоторакс. Классификация, этиология и патогенез, диагностика при аутопсии. Опухоли плевры: классификация, клиничко-морфологическая характеристика, причины смерти.
25. Болезни пищевода. Врожденные заболевания. Варикозное расширение вен пищевода. Эзофагит. Опухоли пищевода.
26. Лимфомы желудочно-кишечного тракта. Лимфомы: спорадическая, спру-ассоциированная, средиземноморская. Эпидемиология, морфологические особенности, осложнения, прогноз.
27. Мезэнхимальные новообразования пищеварительного тракта, классификация, клиничко-морфологическая характеристика, прогноз.
28. Заболевания брюшины. Перитонит. Этиология, патогенез, классификация, клиничко-морфологическая характеристика, исходы. Склерозирующий ретроперитонит (болезнь Ормонда). Кисты брыжейки. Первичные и вторичные опухоли брюшины. Морфологическая характеристика.
29. Предраковые процессы в различных органах.
30. Злокачественные новообразования пищевода.
31. Злокачественные новообразования желудка.
32. Злокачественные новообразования кишечника.
33. Злокачественные новообразования легкого.
34. Современные аспекты морфогенеза тератом.
35. Современные аспекты морфогенеза рака молочной железы.
36. Паранеопластические синдромы при злокачественных опухолях.
37. Особенности гистогенеза и морфогенеза опухолей у детей.
38. Патогенез кахексии при злокачественных опухолях.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Тема 1 Прижизненные методы исследования. Виды биопсий, значение гистологического исследования в патологии. Общие закономерности развития патологических процессов. Некроз. Дистрофии паренхиматозные, стромально-сосудистые, смешанные. Расстройства кровообращения: классификация. Воспаление. Процессы адаптации. Регенерация.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости (тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, реферат, доклад).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестовые задания

1. НЕКРОЗ — ЭТО
 - 1) запрограммированная гибель клеток
 - 2) остановка тока крови в сосудах МЦР
 - 3) омертвление клеток и тканей в живом организме

- 4) переход одного вида ткани в другой
2. ПРОЛЕЖЕНЬ — ЭТО
 - 1) трофоневротический некроз у тяжелобольных
 - 2) некроз тканей соприкасающихся с внешней средой
 - 3) участок мёртвой ткани, неподвергшейся аутолизу
 - 4) ишемический некроз
3. КРАСНЫЙ ИНФАРКТ ВСТРЕЧАЕТСЯ
 - 1) селезёнка
 - 2) миокард
 - 3) лёгкие
 - 4) почки
4. ИНФАРКТ — ЭТО
 - 1) трофоневротический некроз у тяжелобольных
 - 2) некроз тканей соприкасающихся с внешней средой
 - 3) участок мёртвой ткани, неподвергшийся аутолизу
 - 4) ишемический некроз
5. ВИДЫ ГАНГРЕНЫ
 - 1) сухая
 - 2) черная
 - 3) пролежень
 - 4) влажная
6. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ НЕКРОЗА
 - 1) формирование рубца
 - 2) образование кисты
 - 3) гнойное расплавление очага
7. ГАНГРЕНА — ЭТО
 - 1) трофоневротический некроз у тяжелобольных
 - 2) некроз тканей соприкасающихся с внешней средой
 - 3) участок мёртвой ткани, не подвергшейся аутолизу
 - 4) ишемический некроз
8. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ИНФАРКТА
 - 1) белый
 - 2) чёрный
 - 3) белый с геморрагическим венчиком
 - 4) красный
9. БЛАГОПРИЯТНЫМИ ИСХОДАМИ НЕКРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ
 - 1) формирование рубца
 - 2) образование кисты
 - 3) гнойное расплавление очага
10. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ВЛАЖНОЙ ГАНГРЕНЫ
 - 1) мумифицирование тканей
 - 2) отёк и набухание тканей
 - 3) демаркационная зона выражена
 - 4) демаркационная зона не выражена
- 11 ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ОЖИРЕНИИ МОЖЕТ БЫТЬ
 - 1) разрыв сердца
 - 2) почечная недостаточность
 - 3) надпочечниковая недостаточность
 - 4) печеночная недостаточность
- 12 ДЛЯ МАКРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА ПРИ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ
 - 1) увеличения размеров
 - 2) плотной консистенции
 - 3) глинистого вида на разрезе
 - 4) расширения полостей сердца
 - 5) пестрого вида миокарда под эндокардом
- 13 СИСТЕМНЫЙ ГИАЛИНОЗ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ
 - 1) гипертонической болезни
 - 2) хронической язве желудка
 - 3) холецистите
 - 4) сахарном диабете
 - 5) ревматических болезнях
- 14 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ «ТИГРОВОГО СЕРДЦА»
 - 1) размеры сердца уменьшены
 - 2) камеры сердца растянуты
 - 3) значительное увеличение жировой клетчатки под эпикардом
 - 4) на разрезе миокард бурого цвета
 - 5) под эндокардом на сосочковых мышцах видна желто-белая исчерченность
15. РОГОВАЯ ДИСТРОФИЯ ОТНОСИТСЯ К
 - 1) углеводной дистрофии
 - 2) белковой дистрофии
 - 3) жировой дистрофии
 - 4) минеральной дистрофии
 - 5) разновидности рака
- 16 МЕСТО ЛОКАЛИЗАЦИИ ЛИПИДОВ В ПОЧКЕ ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ
 - 1) в клубочках
 - 2) в канальцах
 - 3) в строме
 - 4) в сосудах
 - 5) в лоханке
- 17 ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАРУШАЕТСЯ
 - 1) белковый обмен
 - 2) углеводный обмен
 - 3) жировой обмен
 - 4) минеральный обмен
 - 5) обмен витаминов
- 18 ДЛЯ ГИАЛИНОЗА СОСУДОВ ХАРАКТЕРНО:
 - 1) гиалин накапливается в просвете сосудов
 - 2) гиалин накапливается в субэндотелиальном пространстве
 - 3) эластическая пластинка оттесняется кнутри и сохраняется
 - 4) эластическая пластинка оттесняется кнаружи и разрушается

5) просвет сосуда резко суживается

19 ВАРИАНТЫ ОБЩЕГО ОЖИРЕНИЯ

1) гипертонический

2) гиперлипидемический

3) гипертрофический

4) гиперпластический

5) гиперстенический

20 ПРИЧИНЫ ОСЛИЗНЕНИЯ ТКАНЕЙ

1) дисфункция экзокринных желез

2) дисфункция эндокринных желез

3) истощение любого гонеза

4) недостаточность паращитовидной железы

5) недостаточность щитовидной железы

21 ПРИ БУРОЙ АТРОФИИ ЦВЕТ ОРГАНА ЗАВИСИТ ОТ НАКОПЛЕНИЯ

1) гемосидерина

2) гемофусцина

3) липофусцина

4) свободного железа

5) белков

22 ПИГМЕНТ, ОБРАЗУЮЩИЙСЯ В ЭРОЗИЯХ И ОСТРЫХ ЯЗВАХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

1) гемомеланин

2) солянокислый гематин

3) порфирин

4) билирубин

23 ЭПИТЕЛИОТИКИ МОГУТ ОБРАЗОВЫВАТЬСЯ

1) в легочных очагах при туберкулезе

2) в гематомах

3) в гуммах

4) в фокусах гнойного воспаления

5) в атеросклеротических бляшках

24 ОБРАЗОВАНИЕ ПИГМЕНТА ЛИПОФУСЦИНА ПОВЫШАЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПРИ

1) атрофии органа

2) гипертрофии органа

3) старении организма

4) опухолевом процессе

5) авитаминозах

25 КАМНИ МОГУТ ОБРАЗОВЫВАТЬСЯ В

1) кишечнике

2) бронхах

3) островках Лангерганса

4) желчных протоках

5) селезенке

26 ПАРЕНХИМАТОЗНАЯ ЖЕЛТУХА МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

1) острым воспалением общего желчного протока

2) поражением гепатоцитов

3) гемолизом эритроцитов

4) острым гепатитом

5) опухолью головки поджелудочной железы

27. ПИГМЕНТЫ, НАКАПЛИВАЮЩИЕСЯ В ЛЕГКИХ ПРИ ЭКСТРАВАСКУЛЯРНОМ ГЕМОЛИЗЕ

1) липофусцин

2) гемосидерин

3) ферритин

4) адренохром

5) гемин

28. ПРИЧИНЫ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ

1) острые гепатиты

2) хронические гепатиты

3) гемолитические яды

4) изоиммунные и аутоиммунные конфликты

5) опухоли фатерова сосочка

29. К ГИПОМЕЛАНОЗАМ ОТНОСЯТ

1) альбинизм

2) лейкодермию

3) пигментную ксеродерму

4) витилиго

5) невусы

30. БУРАЯ АТРОФИЯ ПЕЧЕНИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА

1) порфирина

2) липофусцина

3) меланина

4) серотонина

5) гемина

31 ВЫБЕРИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ВЕНОЗНОМ ЗАСТОЕ В СИСТЕМЕ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ:

1) мускатная печень

2) застой в почках

3) застойная индурация селезенки

4) анасарка

5) асцит

6) варикозное расширение вен пищевода

32 ВЫБЕРИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ «МУСКАТНОЙ» ПЕЧЕНИ:

1) полнокровие центральных отделов печеночных долек

2) полнокровие на периферии долек

3) атрофия и гибель централобулярных гепатоцитов

4) жировая дистрофия периферических гепатоцитов

33 ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) мускатная печень

2) отек легких

3) гемосидерозом легких

4) уплотнением органа

34 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ОРГАНАХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕНОЗНОМ ПОЛНОКРОВИИ:

- 1) индурация
- 2) обратимый отек
- 3) дистрофия и некроз паренхиматозных элементов; гемосидероз
- 4) меланоз
- 5) амилоидоз

35 БУРАЯ ИНДУРАЦИЯ ЛЕГКИХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

- 1) острой левожелудочковой недостаточности
- 2) хронической декомпенсации правого желудочка сердца
- 3) хронической недостаточности левого желудочка сердца
- 4) хроническом абсцессе лёгких

36 ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕНОЗНОМ ПОЛНОКРОВИИ В ЛЕГКИХ ВОЗНИКАЕТ:

- 1) гемомеланоз
- 2) гемосидероз и склероз
- 3) цианотическая индурация
- 4) гемохроматоз и склероз
- 5) бурая индурация

37 ПРИЧИНОЙ МУСКАТНОЙ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ СТАТЬ:

- 1) тромбоз воротной вены
- 2) облитерирующий тромбофлебит вен печени
- 3) тромбоз вен печени
- 4) тромбоз печеночной артерии
- 5) сдавление воротной вены опухолью

38 ПРИ ОСТРОМ ОБЩЕМ ВЕНОЗНОМ ПОЛНОКРОВИИ НАБЛЮДАЮТСЯ:

- 1) плазморрагии
- 2) отеки
- 3) метроррагии
- 4) стазы
- 5) диапедезные геморрагии

39 ПРИ БУРОЙ ИНДУРАЦИИ ЛЕГКИХ ОБНАРУЖИВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- 1) гемомеланоз
- 2) гемосидероз
- 3) склероз
- 4) амилоидоз
- 5) кровоподтеки

40 ИСХОДОМ КРОВОИЗЛИЯНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) нагноение
- 2) инкапсуляция
- 3) хилоторакс
- 4) образование кисты
- 5) Мелена

41. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИВОДЯТ К ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМУ ШОКУ:

- 1) сепсис, вызванный грамотрицательными микроорганизмами
- 2) кровотечения из хронической язвы желудка при обострении
- 3) крупноочаговый инфаркт миокарда
- 4) профузная диарея при холере

42. ВЫБЕРИТЕ НЕВЕРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- 1) кровотечение – выход крови из полости сердца или просвета сосудов в полости тела или в окружающую среду
- 2) кровотечение из матки – метроррагия
- 3) скопление крови в полости перикарда – гемоперикард
- 4) скопление крови в плевральной полости – гемоторакс
- 5) скопление крови в брюшной полости – асцит

43. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ТРОМБЭМБОЛИИ СИСТЕМЫ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) легочные вены
- 2) мезентериальные вены
- 3) вены нижних конечностей
- 4) створки митрального клапана

44 ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИШЕМИИ РАЗВИВАЕТСЯ:

- 1) атрофия паренхимы органа
- 2) гиперплазия паренхимы
- 3) атрофия стромы
- 4) гиперплазия фибробластов
- 5) склероз

45 К МЕСТНЫМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ТРОМБООБРАЗОВАНИЮ, ОТНОСЯТСЯ:

- 1) повреждения сосудистой стенки
- 2) активация функции противосвертывающей системы
- 3) замедление и нарушение тока крови
- 4) активация функции свертывающей системы
- 5) васкулиты

46. К ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДАМ ИНФАРКТА ЛЕГКИХ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) организация
- 2) миомаляция
- 3) образование кисты
- 4) образование рубца
- 5) нагноение

47 ГЕМОМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- 1) сердца
- 2) печени
- 3) селезенки
- 4) почек
- 5) легких

48 КАКОВ СОСТАВ ЭКССУДАТА ПРИ ФИБРИНОЗНОМ ВОСПАЛЕНИИ:

- 1) фибрин
- 2) полиморфноядерные лейкоциты
- 3) лаброциты
- 4) вирусы
- 5) транссудат

49. ЛОКАЛИЗАЦИЯ КАТАРАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) строма органа
- 2) серозные оболочки

- 3) паренхима печени
- 4) слизистые оболочки
- 5) капсулы органов

50. ЧТО ВХОДИТ В СОСТАВ ОБРАЗОВАНИЯ НА МИНДАЛИНАХ ПРИ ДИФТЕРИТИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ:

- 1) гной
- 2) некротизированная ткань
- 3) фибрин
- 4) фибробласты
- 5) лейкоциты

51. ВЫБЕРИТЕ ВИДЫ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) флегмона
- 2) эмпиема
- 3) панариций
- 4) абсцесс
- 5) секвестр

52. ФЛЕГМОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) наличием катарального воспаления
- 2) наличием фибринозного воспаления
- 3) отграничением от соседних тканей валом грануляционной ткани
- 4) наличием пиогенной мембраны
- 5) наличием разлитого гнойного воспаления

53. ДЛЯ АБСЦЕССА ХАРАКТЕРНО:

- 1) очаговый характер гнойного воспаления
- 2) разлитой характер гнойного воспаления
- 3) наличие в очаге воспаления некротизированной ткани
- 4) наличие пиогенной мембраны
- 5) отграничение от соседних тканей валом грануляционной ткани

54. КАКИЕ ИЗ НАЗВАННЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВСЕГДА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗНОМ ВОСПАЛЕНИИ:

- 1) казеозный некроз
- 2) гигантские клетки Пирогова-Лангханса
- 3) эпителиоидные клетки
- 4) периферическая зона инфильтрации лимфоцитами

55. ГРАНУЛЕМА – ЭТО:

- 1) скопление нейтрофильных лейкоцитов
- 2) наличие слизи в экссудате
- 3) ограниченная воспалительная продуктивная реакция
- 4) патологический процесс с образованием фибринозной плёнки

56. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) клетки Вирхова
- 2) клетки Пирогова-Лангханса
- 3) клетки Микулича
- 4) коагуляционный некроз
- 5) колликвационный некроз

57. ПРИ ЦИСТИЦЕРКОЗЕ ОБЫЧНО ПОРАЖАЮТСЯ:

- 1) глаза
- 2) печень
- 3) суставы
- 4) мышцы
- 5) головной мозг

58. К СПЕЦИФИЧЕСКОМУ ВОСПАЛЕНИЮ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) лепра
- 2) эхинококков
- 3) саркоидоз
- 4) туберкулез
- 5) склерома

59. УКАЖИТЕ КЛЕТКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМЫ:

- 1) клетки Вирхова
- 2) лимфоциты
- 3) гиалиновые шары
- 4) плазмциты
- 5) клетки Микулича

60. ПРИ МНОГОКАМЕРНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕРВИЧНО ПОРАЖАЕТСЯ:

- 1) легкие
- 2) почки
- 3) печень
- 4) желудок
- 5) глаза

61. ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- 1) туберкулеза
- 2) гонореи
- 3) пневмонии
- 4) перитонита
- 5) сифилиса

62. ДЛЯ ЛЕПРОМЫ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) макрофаги
- 2) клетки Микулича
- 3) лимфоциты
- 4) эозинофилы
- 5) плазмциты

63. Атрофия клеток сопровождается накоплением в них:

- 1) гемосидерина
- 2) липопротейнов
- 3) меланина
- 4) липофусцина

64. Выбрать причины атрофии:

- 1) гормональная стимуляция
- 2) прекращение гормональной стимуляции
- 3) давление на ткань
- 4) недостаточное кровоснабжение
- 5) недостаточная функциональная нагрузка.

- б) старение
65. Исходы железистой гиперплазии эндометрия:
- 1) атрофия эндометрия
 - 2) обратное развитие
 - 3) метаплазия эндометрия
 - 4) малигнизация
66. Выберите морфологические проявления в органах при кахексии:
- 1) плоскоклеточная метаплазия бронхов
 - 2) бурая атрофия миокарда
 - 3) гидронефроз
 - 4) липофуциноз печени
 - 5) атрофия коры головного мозга
67. При каком из названных процессов идет замещение одной дифференцированной ткани на другую в пределах одного гистиона:
- 1) трансформация
 - 2) дисплазия
 - 3) метаплазия
 - 4) анаплазия
68. Клеточная регенерация преобладает во всех перечисленных тканях, кроме:
- 1) сердечной мышечной ткани
 - 2) эпителия мочеполовой системы
 - 3) эндотелия
 - 4) нейронов ЦНС
 - 5) мезотелия
69. Рост грануляционной ткани в ране является проявлением:
- 1) физиологической регенерации
 - 2) регенерационной гипертрофии
 - 3) репаративной регенерации
 - 4) патологической регенерации
70. Полным восстановлением структуры органа могут закончиться все виды воспаления, кроме:
- 1) крупозного
 - 2) катарального
 - 3) геморрагического
 - 4) гнойно-некротического
 - 5) серозного
71. Выберите утверждения верные для полной репаративной регенерации:
- 1) происходит в тканях, способных только к внутриклеточной форме регенерации
 - 2) замещение дефекта соединительной тканью
 - 3) замещение дефекта тканью идентичной погибшей
 - 4) происходит в тканях, способных к клеточной форме регенерации

Эталоны ответов к теме

«Прижизненные методы исследования. Виды биопсий, значение гистологического исследования в патологии. Общие закономерности развития патологических процессов. Некроз. Дистрофии паренхиматозные, стромально-сосудистые, смешанные. Расстройства кровообращения: классификация Воспаление. Процессы адаптации. Регенерация».

1.	3	25.	1,2,4	49.	4
2.	1	26.	. 2,4	50.	2,3,4
3.	3	27.	2,3	51.	1,4
4.	4	28.	3,4	52.	5
5.	1,3,4	29.	1,2,4	53.	1,3,4,5
6.	3	30.	2	54.	3
7.	2	31.	3, 5, 6	55.	3
8.	1,3,4	32.	1, 3, 4	56.	2,4
9.	1,2	33.	2	57.	1,5
10.	2,4	34.	1, 3, 4	58.	4,5
11.	1	35.	3	59.	2,4
12.	2	36.	2, 4	60.	3
13.	1,4,5	37.	2, 3	61.	2,5
14.	2,5	38.	1, 2, 4, 5	62.	1,3,5
15.	2	39.	. 2, 3	63.	4
16.	2	40.	1, 2, 4	64.	2,3,4,5,6
17.	2	41.	2, 5	65.	2,4
18.	2,4,5	42.	5	66.	2,4
19.	3,4	43.	3	67.	3
20.	2,3,5	44.	1, 4, 5	68.	1,4
21.	3	45.	1, 3, 5	69.	3
22.	2	46.	1, 4, 5	70.	4
23.	1,3,5	47.	5	71.	3,4
24.	1,3,4,5	48.	1.2		

Вопросы для устного опроса.

1. Биопсия – виды, значение в клинике. Гистологическое исследование. Цитологическое исследование, иммуногистохимия, электронная микроскопия
2. Морфология повреждения и смерти клеток. Обратимые и необратимые повреждения. Некроз. Причины, механизм развития, морфологическая характеристика. Клинико-морфологические формы некроза, пато- и морфогенез, клинико-морфологическая характеристика, методы диагностики, исходы.
3. Дистрофия как вид повреждения тканей. Функциональная и морфологическая сущность дистрофии. Этиологические факторы, основные патогенетические звенья дистрофии, морфогенез. Принципы классификации дистрофий. Паренхиматозные, стромально-сосудистые и смешанные дистрофии: клинико-морфологическая характеристика, методы диагностики, клинические симптомы и синдромы, исходы.
4. Расстройства кровообращения: изменения кровенаполнения, реологических свойств, нарушение проницаемости сосудистой стенки.
5. Воспаление. Морфологические проявления острого и хронического воспаления. Гранулематозное воспаление. Этиология, механизмы развития, клинико-морфологическая характеристика и методы диагностики, исходы.
6. Процессы адаптации. Морфо-функциональные особенности гиперплазии, гипертрофии и атрофии. Регенерация: определение, сущность и биологическое значение, связь с воспалением, исходы. Компоненты процесса заживления. Грануляционная ткань, ангиогенез.

Микропрепараты.

1. Анемический инфаркт селезенки. Окраска гематоксилином и эозином. В зоне некроза видна бесструктурная эозинофильная масса (а), при большом увеличении в этой зоне видны уменьшенные в размерах гиперхромные, неправильной формы ядра лим-фоцитов (кариопикноз), а также множество мелких беспорядочно расположенных глыбок хроматина (кариорексис).
2. Геморрагический инфаркт легкого. Окраска гематоксилином и эозином. В зоне некроза альвеолы и межальвеолярные перегородки пропитаны кровью.
3. Жировая дистрофия миокарда. Окраска: судан Ш. Вблизи венул и вен (а) в кардиомиоцитах наблюдается скопление капель жира (б), отсутствует поперечная исчерченность клеток, ядро лизировано; (в) другие кардиомиоциты свободны от жировых включений.

- Жировая дистрофия печени. Окраска: судан III. (а) гепатоциты увеличены, заполнены каплями жира, ядро смещено на периферию (б). Ожирение миокарда. Окраска гематоксилином и эозином. а) прослойки жировой клетчатки, (б) истонченные мышечные волокна.
- Печень при механической желтухе. Окраска гематоксилином и эозином. (а) желчные протоки расширенные, (б) жировая дистрофия гепатоцитов в очагах расположения желчи.
- Бурая атрофия печени. Окраска гематоксилином-эозином. А) печеночные клетки и их ядра уменьшены; Б) пространства между истонченными печеночными балками расширены; В) цитоплазма гепатоцитов особенно центра долек содержит много мелких гранул бурого цвета (липофусцина).
- Бурая атрофия миокарда. Окраска гематоксилином-эозином. А) кардиоциты и их ядра уменьшены; Б) рядом с ядрами кардиомиоцитов цитоплазма содержит скопления гранул бурого цвета (липофусцина).
- Бурая индурация легких. Реакция Перлса. В лёгочной ткани на фоне а) полнокровия и отёка, б) отложения гемосидерина, который даёт положительную реакцию на железо и зёрна его окрашиваются в голубовато-зелёный цвет, наблюдаются разрастания соединительной ткани в альвеолярных перегородках, вокруг бронхов и сосудов.
- Кровоизлияние в головной мозг. Окраска гематоксилином и эозином. а) в ткани мозга скопление гемолизированных и сохранившихся эритроцитов, б) вещество мозга в центре кровоизлияния отсутствует (расслоение ткани головного мозга кровью), в) перипеллюлярный и периваскулярный отек.
- Хроническое венозное полнокровие печени («мускатная печень»). Окраска гематоксилином и эозином. В центре долек обнаруживаются а) расширение и полнокровие вен и синусоидов, дискомплексация печёночных балок, б) некроз и атрофия гепатоцитов. На периферии долек кровенаполнение синусоидов нормальное, структура печёночных балок сохранена, гепатоциты в состоянии в) жировой дистрофии.
- Ишемический инфаркт почки. Окраска гематоксилином и эозином. В препарате можно различить три зоны: а) первая зона – зона некроза – представлена участком бесструктурной массы (детритом), слабо окрашенным эозином в розовый цвет, в которой не чётко контурируются клубочки и контуры канальцев, в клетках которых отсутствуют ядра (кариолизис); б) вторая зона – демаркационная зона – характеризуется наличием расширенных сосудов с кровоизлияниями и слабо выраженной инфильтрацией нейтрофилами, что свидетельствует о «свежести» некроза; в) третья зона – не измененная ткань селезенки.
- Инфаркт миокарда. Окраска гематоксилином и эозином. В препарате зона инфаркта (а) выделяется своей гомогенной розовой окраской, контуры мышечных волокон сохранены, однако они полностью лишены ядер и поперечно-полосатой исчерченности. Вокруг инфаркта видна зона демаркационного воспаления: расширенные полнокровные тонкостенные сосуды с краевым стоянием лейкоцитов (б), выраженная лейкоцитарная инфильтрация (в) и очаги периваскулярных кровоизлияний (г). За этой зоной видна нормальная мышечная ткань (д).
- Метастатические абсцессы в лёгком. Окраска гематоксилином и эозином. В препарате в ткани легкого видны многочисленные очаги гнойного воспаления, представленные скоплением полиморфно-ядерных лейкоцитов (а), с расплавлением легочной ткани в центре очагов (б), вокруг очагов воспаления сосуды расширены и полнокровны (в), иногда с участками периваскулярных кровоизлияний (г).
- Метастатические гнойники в почках (эмболический гнойный нефрит). Окраска гематоксилином и эозином. В препарате в корковом и мозговом веществе почки видны многочисленные очаги гнойного воспаления, представленные скоплением полиморфно-ядерных лейкоцитов (а). В центре очагов ткань почки расплавлена (б), видны микробные эмболы (в), вокруг очагов воспаления сосуды расширены и полнокровны (г), иногда с участками периваскулярных кровоизлияний (д).
- Крупозная пневмония. Окраска: гематоксилином и эозином. Все альвеолы заполнены экссудатом, содержащим а) нити фибрина; б) полиморфно-ядерные лейкоциты (ПЯЛ).
- Дифтерийный колит. Окраска: гематоксилином и эозином. а) некроз слизистой б) фибринозный экссудат с полиморфно-ядерными лейкоцитами, в) сохранившиеся железы, г) подслизистая отёчна, полнокровна
- Гнойный нефрит. Окраска: гематоксилином и эозином. а) гнойники с колониями микробов и ПЯЛ, б) сосуды вокруг абсцесса резко расширены, полнокровны.
- Милиарный туберкулез легких. Найти туберкулезные бугорки, в центре которых А) казеозный некроз, по периферии от неговал из Б) эпителиоидных и В) гигантских клеток
- Актиномикоз печени. Окраска: гематоксилином и эозином. Найти гнойники, в которых определить А) друзы, окруженные Б) соединительной тканью и В) макрофагами.
- Стенка кисты однокамерного эхинококка. Окраска: гематоксилином и эозином. Изучить строение оболочек кисты, найти сколексы, исследовать продуктивное воспаление, развившееся вокруг паразита.
- Сифилитический энцефалит. Окраска: гематоксилином и эозином. Обратит внимание на клеточные инфильтраты в ткани головного мозга. Отметить их локализацию, клеточный состав
- Гипертрофия миокарда. Окраска гематоксилином-эозином. А) кардиоциты увеличены в размере. Б) увеличение их ядер и гиперхромия в сравнении с нормальным миокардом.
- Эмфизема легких. окраска гематоксилином-эозином. А) просветы респираторных бронхиол и альвеол расширены; Б) альвеолярные перегородки истончены; В) замыкательные пластинки имеют вид булавовидных утолщений за счет гипертрофии гладкомышечных клеток; Г) стенки сосудов утолщены склерозированы
- Железистая гиперплазия эндометрия окраска гематоксилином-эозином. А) железы эндометрия расположены беспорядочно, количество их увеличено; Б) железы имеют извитой вид, местами кистозно расширены; В) эпителиальные клетки желез пролиферируют; Г) строма эндометрия богата клетками.
- Железистая- мышечная гиперплазия предстательной железы Окраска гематоксилином и эозином. а) расширенные концевые отделы желез с пролиферацией железистого эпителия и формированием сосочковых образований, направленных в железистые полости, б) пролиферация фиброзно-мышечной стромы, в) некоторые ацинусы кистозно расширены, выстланы уплощённым эпителием, б) в строме перигландулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат.
- Грануляционная ткань окраска гематоксилином эозином. А) многочисленные новообразованные сосуды; Б) клетки соединительной ткани – лимфоциты, плазматические клетки, макрофаги, тучные клетки, фибробласты, единичные полиморфно-ядерные лейкоциты; В) между клетками рыхлое межклеточное вещество.

Макропрепараты.

- Анемический инфаркт почки. В препарате часть почки, виден участок неправильной треугольной формы, серого цвета, с четкими границами.
Причины: спазм, тромбоз, эмболия почечных артерий.
Исход: организация, образование рубца.
- Геморрагический инфаркт легкого. В препарате часть легкого, виден участок неправильной формы, темно-красного цвета, пониженной воздушности.
Причины: нарушение кровообращения.
Исход и осложнения: кровохарканье, дыхательная недостаточность.
- Творожистый некроз лимфатических узлов при туберкулезе. В препарате лимфатические узлы нескольких групп (пара-трахеальные, бронхиальные), слегка увеличены, на разрезе лимфоидная ткань замещена бело-желтыми крошащимися некротическими массами.
Причины: микобактерии туберкулеза.
Исход: организация, петрификация.
- Гангрена пальцев стопы (сухая). В препарате часть стопы, уменьшена в объеме, мягкие ткани истончены, кожа сухая, темно-серого цвета в виде «пергамента».
Четко выражена зона демаркационного воспаления.
Причины: нарушение кровообращения при атеросклерозе сосудов нижних конечностей, при сахарном диабете.
Исход и осложнения: мутиляция, показана ампутация стопы.
- Жировая дистрофия миокарда («тигровое сердце»). Сердце увеличено в размере, дряблой консистенции, камеры сердца растянуты, глинистого вида; в области трабекул и сосочковых мышц под эндокардом отмечается желто-белая исчерченность.
Причины: возникает вследствие гипоксии (при болезнях крови, сердечно-сосудистой недостаточности), интоксикации (при алкоголизме, инфекционных заболеваниях, отравлении фосфором, мышьяком).
Исход: обратимый процесс, хроническая сердечная недостаточность.
- Жировая дистрофия печени. Печень увеличена в размере, дряблой консистенции, желтого цвета, на разрезе имеет салыный вид.
Причины: авитаминозы, сахарный диабет, общее ожирение, интоксикация алкоголем, токсинами.
Исход: обратимый процесс; печеночная недостаточность.
- Ожирение миокарда. Сердце увеличено в размере, под эпикардом определяется скопление большого количества жира, жировая клетчатка прорастает в строму миокарда.
Причины: ожирение алиментарное, церебральное, эндокринное, наследственное.
Исход: обратимые изменения, сердечная недостаточность, разрыв сердца.
- Родимое пятно (пигментный невус). Препарат участок кожных покровов, на котором имеется участок неправильной формы, коричневого цвета, не выходящий над поверхностью.
Причины: врожденный гипермеланоз.
Исход: без изменений, озлокачествление.
- Силикоз легких: доля легкого уплотнена, на разрезе видны зачерненные плотные рубцы, в центре отдельных рубцов видны полости, возникшие на месте местного ишемического некроза.

Причина: аспирация частиц кварцевой пыли.

Осложнения и исходы: пневмосклероз, развитие легочного сердца.

10. Камни желчного пузыря: желчный пузырь увеличен в размерах, на серозной оболочке серо-белые наложения фибрина с организацией. На разрезе стенка органа утолщена до 0,8см, слизистая оболочка сглажена. В просвете имеются множественные камни, с гладкой поверхностью, зелено-коричневого цвета. Камни располагаются компактно, грани их притерты друг к другу - фасетчатые камни.
Причины: общие факторы - нарушение минерального обмена, жирового и белкового, авитаминозы; местные причины - застой желчи, воспаление, дискинезия желчных путей.
Осложнения: перфорация, флегмонозный и гангренозный холецистит, перитонит, механическая желтуха.
Исход: определяется осложнениями.
11. Камни почек размеры почки не изменены. В полости чашечек и лоханки располагаются множественные камни, с гладкой и шероховатой поверхностью.
Причины: нарушение минерального обмена, жирового и белкового, авитаминозы.
Исход: гидронефроз, пиелонефрит.
12. Гидронефроз: почка увеличена в размере, корковое и мозговое вещество истончены, полости расширены.
Причины: камни, врожденная патология.
Исход: удаление камней, удаление почки.
13. Мускатная печень. В препарате печень, увеличена в размере, плотной консистенции, с гладкой поверхностью и закруглённым передним краем. Поверхность разреза органа пёстрая, серо-жёлтая (жировая дистрофия гепатоцитов по периферии долек) с тёмно-красным крапом (центральные застойные части долек) и напоминает мускатный орех.
Причины: хроническая сердечная недостаточность с развитием венозного застоя в большом круге кровообращения: кардиосклероз различного генеза, порок трехстворчатого клапана. Гипертензия в малом круге кровообращения, хронические заболевания лёгких с исходом в пневмосклероз.
Осложнения и исходы: переход в застойный фиброз (цирроз) печени, развитие синдрома портальной гипертензии, асцита, спленомегалии, варикозного расширения portoкавальных анастомозов, кровотечение, анемия.
14. Бурая индурация легких. В препарате лёгкие, увеличены в размере, бурого («ржавого») цвета, плотной консистенции. Вокруг бронхов, сосудов и диффузно в ткани лёгкого видны прослойки белой плотной ткани (пневмосклероз). Изменения более выражены в нижних и задних отделах легкого.
Причины: хроническая сердечная недостаточность.
Осложнения и исходы: дыхательная недостаточность усугубляет хроническую сердечную недостаточность – прогрессирует лёгочно-сердечная недостаточность.
15. Гемоперикард с тампонадой сердца. В препарате сердце с сердечной сорочкой на поперечном разрезе. В полости перикарда скопление свернувшейся крови. На задней стенке левого желудочка имеется участок некроза с нарушением целостности миокарда, размером около 2,0 см.
Причины: разрыв острой или хронической аневризмы сердца, разрыв стенки сердца при трансмуральном инфаркте (на стадии миомаляции), разрыв стенки при ожирении сердца.
Исход: смерть.
16. Гематома мозга. В теменно-височной области правого полушария – скопление свернувшейся крови буровато-красного цвета. В области кровоизлияния вещество мозга разрушено.
Причина: разрыв аневризмы, разрыв гиалинизированных сосудов микроциркуляции при гипертоническом кризе, некроз стенки при изъязвлении атеросклеротической бляшки.
Осложнения: параличи, парезы, прорыв крови в желудочки головного мозга. Исход: смерть или образование кисты на месте гематомы с «ржавыми» стенками.
17. Кровоизлияние в желудочки головного мозга. В препарате большие полушария головного мозга. На разрезе в полости левого бокового желудочка скопление свернувшейся крови буровато-красного цвета.
Причина: чаще – прорыв крови в желудочки головного мозга из внутримозговой гематомы, черепно-мозговая травма, разрыв аневризмы; реже – разрыв гиалинизированных сосудов микроциркуляции при гипертоническом кризе, некроз стенки при изъязвлении атеросклеротической бляшки.
Исход, как правило, один – смерть.
18. Инфаркт миокарда (белый с геморрагическим венчиком). В области боковой стенки левого желудочка, в области верхушки и переднего отдела межжелудочковой перегородки сердца, имеется патологический участок неправильной формы, западающий на разрезе, представленный сливными очагами серо-желтого цвета (коагуляционный некроз), вокруг зона полнокровия и кровоизлияний (демаркационная зона). В просвете нисходящей ветви левой коронарной артерии обтурирующий тромб. Венечные артерии сердца склерозированы с фиброзными бляшками. Со стороны эндокарда видны тромботические наложения.
Причины: тромбоз, длительный спазм, тромбоэмболия, функциональное перенапряжение миокарда при наличии атеросклеротической окклюзии.
Осложнения: в ранний период - отёк лёгких, кардиогенный шок, нарушения ритма и проводимости, разрыв миокарда (3–10 день при трансмуральном инфаркте) или разрыв острой аневризмы (4–14 день), тромбоэмболический синдром. Осложнения позднего периода: хроническая аневризма сердца, синдром Дресслера (перикардит, плеврит, лихорадка, эозинофилия крови). Исход: смерть или переход в крупноочаговый кардиосклероз.
19. Ишемический инфаркт мозга. В левом полушарии головного мозга, в области подкорковых ядер, виден очаг неправильной формы, представленный кашецеобразными массами серого цвета, размером 1,5×3,0 см с четкими границами. Окружающая ткань головного мозга отечна с диapedезными кровоизлияниями.
Причины: тромбоэмболия, тромбоз, длительный спазм.
Осложнения: определяются локализацией некроза – параличи, парезы. Исход: хроническая сердечная недостаточность.
20. Ишемический инфаркт селезёнки. В ткани селезёнки виден очаг некроза 2,5×2,5×3,0 см с чёткими границами, треугольной формы, плотной консистенции, основанием обращённый к капсуле. На капсуле в области описанного очага – шероховатые наложения фибрина.
Причины: тромбоэмболия, тромбоз ветвей селезёночной артерии. Осложнения, как правило, отсутствуют (редко при бактериальной тромбоэмболии апостоматозный спленит с переходом на соседние органы и ткани и(или) генерализацией инфекции).
Исход, как правило, благоприятный – образование рубца на месте инфаркта.
21. Тромбоэмболия лёгочной артерии. В препарате органокомплекс – сердце и лёгкие. Просветы лёгочного ствола и обеих лёгочных артерий обтурированы червеобразными суховатыми тромбоэмболическими массами серо-красного цвета с гофрированной поверхностью («тромбоэмбол-наездник»).
Причины: тромбоз и(или) тромбфлебит глубоких вен нижних конечностей с последующим отрывом тромбов. Трепетание и мерцание предсердий. Тромбоз полостей правых отделов сердца (чаще всего – ушка правого предсердия).
Осложнения: инфаркт-пневмония, метастатические гнойники (абсцессы) лёгкого.
Исход: смерть или образование геморрагического инфаркта лёгкого с последующим очаговым пневмосклерозом области инфаркта.
22. Крупозная пневмония (стадия серого опеченения). Поражённая доля увеличена в размерах, тяжёлая, плотная, безвоздушная, поверхность на разрезе зернистая, с поверхности среза стекает мутная жидкость. Плевра утолщена, с фибринозными наложениями.
Причины: Заболевание вызывают пневмококки 1-3 типов, реже клебсиеллы и другие возбудители.
Исходы: благоприятный- рассасывание фибринозного экссудата при помощи протеолитических ферментов ПЯЛ и удаление его по лимфатическим дренажам и с мокротой при кашле. Неблагоприятный: 1) карнификация- организация фибринозного экссудата из-за недостаточной активности протеолитических ферментов ПЯЛ. 2) абсцедирование – образование полости абсцесса в результате избыточной активности протеолитических ферментов ПЯЛ. 3) гангрена – при присоединении анаэробной флоры.
23. Фибринозный перикардит («волосатое сердце»). Эпикард тусклый, покрыт серовато-жёлтыми шероховатыми наложениями в виде нитей и напоминают волосной покров («волосатое сердце»). Наложения легко снимаются.
Причины: уремия, ревматизм, трансмуральный инфаркт миокарда, крупозная пневмония.
Исходы: облитерация полости перикарда, петрификация и оксификация организованного фибринозного экссудата – «панцирное сердце».
24. Дифтеритический колит: Стенка толстой кишки утолщена, отёчна. Слизистая оболочка покрыта серовато-жёлтой шероховатой плёнкой, плотно связанной с подлежащими тканями.
Причины: тяжёлые формы дизентерии.
Исходы: на месте глубоких язв, возникающих при отторжении плёнки, образуются рубцы.
25. Гнойный нефрит. Почки симметрично увеличены, дряблой консистенции. На разрезе в корковом и мозговом веществе почки видны многочисленные очаги серо-жёлтого цвета 1-2 мм. в диаметре. Сосуды расширены, полнокровны.
Причины: гематогенное метастазирование гнойных эмболов при сепсисе.
Исходы: образование рубцов на месте абсцессов, хронизация с образованием пиогенной мембраны.

26. Абсцесс печени. Печень обычной формы и консистенции. На разрезе в ткани печени обнаруживается полость с четкими границами, округлой формы диаметром около 2 см., наружная стенка покрыта соединительнотканной капсулой.
Причины: гематогенное метастазирование гнойных эмболов при сепсисе.
Исходы: образование рубцов на месте абсцессов, разрыв полости абсцесса.
27. Миллиарный туберкулёз лёгких. Лёгкие отёчные, плотные. По всем лёгочным полям видны многочисленные мелкие (D=1-2 мм.), округлые, серо-жёлтого цвета, с чёткими границами очаги.
Причины: развитие гематогенно-распространённой инфекции из очагов отсевов микобактерии туберкулёза в различных органах после перенесённого первичного туберкулёза.
Осложнения: казеозная пневмония, туберкулёзный лептоменингит, туберкулёзный сепсиса.
Исходы: возможен летальный исход от туберкулёзного лептоменингита, казеозной пневмонии или туберкулёзного сепсиса.
28. Гумма мозга. В тканях мозга определяется округлое образование серо-белого цвета, округлой формы, с чёткими границами D=5-7 см., которое сдавливает просвет боковых желудочков.
Причины: развитие гуммы в третичный период сифилиса. Возбудитель - бледная трепонема.
Осложнения: сдавление гуммой боковых желудочков приводит к нарушению оттоку церебральной жидкости, с развитием гидроцефалии, с развитием неврологической симптоматики. Отёк головного мозга
Исходы: Смерть в результате отёка головного мозга.
29. Сифилитический мезоартрит и аневризма аорты. Восходящий отдел и дуга аорты деформированы, неравномерно склерозированы, её внутренняя оболочка неровная, морщинистая и бугристая («шагреновая кожа»). Вместе истончения стенки аорты формируется аневризма.
Причины: Возбудитель - бледная трепонема, по vasa vasorum проникает в среднюю оболочку стенки аорты. Некроз в стенке аорты вызывает разрушение эластической и разрастание грануляционной ткани.
Осложнения: образование аневризмы восходящей части и дуги аорты, переход воспалительного процесса на створки аортального клапана с последующим формированием порока сердца
Исходы: разрыв аневризмы приводит к внезапной смерти.
30. Однокамерный эхинококк различных органов селезенки, печени, легких, сердца. В печени, лёгких, сердце обнаруживают один или несколько пузырей. Они покрыты хитиновой оболочкой и заполнены прозрачной бесцветной жидкостью, содержащей янтарную кислоту. Из внутреннего слоя оболочки растут дочерние пузыри со сколексами. На границе с эхинококком — хроническое продуктивное воспаление, постепенное формирование фиброзной капсулы.
Причины: Возбудитель - Echinococcus granulosus.
Осложнения: нагноение и превращение кист в абсцессы, при разрыве стенок кист – гнойный перитонит или плеврит, анафилактический шок. Возможны ателектазы лёгких, смещение органов средостения при расположении эхинококка в лёгких, асцит и желтуха при эхинококкозе печени, забрюшинного пространства.
Исходы: В окружающей ткани прогрессирует атрофия в результате сдавления. Поражённый орган деформирован, увеличен. Реже происходит гибель паразита и его петрификация.
31. Гипертрофия сердца. Сердце увеличено в размерах. Стенки предсердий и желудочков утолщены, объем сосочковых и трабекулярных мышц, а также размеры полостей расширены. Миокард имеет дряблую консистенцию и глинистый вид на разрезе.
Причины: чрезмерная нагрузка на орган, требующая усиленной его работы чаще при гипертонической болезни, при пороках сердца, при усиленной физической нагрузке.
Исходы: декомпенсация в связи с неадекватным метаболическим обеспечением (кислородным, энергетическим, ферментным) с развитием сердечной недостаточности
32. Спленомегалия. Селезенка увеличена в размерах, капсула напряжена, пульпа полнокровная, темно-красная, дает обильный соскоб.
Причины: инфекционные заболевания, гемобластозы, анемии, сепсис.
Исходы: в зависимости от основного заболевания.
33. Гипертрофия стенки мочевого пузыря. Объем полости мочевого пузыря резко увеличен, мышечный слой стенки утолщен, выражены трабекулярные мышцы. Слизистая оболочка мочевого пузыря тусклая с мелкими кровоизлияниями. Предстательная железа увеличена, узловатого вида, просвет уретры сужен.
Причины: доброкачественная нодулярная гиперплазия предстательной железы.
Исходы: обратное развитие, задержка мочи, восходящий пиелонефрит, гидронефроз, урогенный сепсис, образование камней
34. Бурая атрофия сердца - сердце уменьшено в размерах, дряблой консистенции, окрашено в бурый цвет, сосуды под эпикардом сильно извиты.
Причины: является проявлением общей атрофии, которая может при состояниях, сопровождающихся кахексией (алиментарной, раковой, гипопитарной, церебральной).
Исходы: сердечная недостаточность
35. Гидронефроз - почка увеличена в размере, просвет ее лоханок и чашечек расширен, корковое и мозговое вещество сужены, граница их плохо различима.
Причины: нарушение оттока мочи из почки, обусловленном камнем, опухолью или врожденной стриктурой (сужением) мочеточника.
Исходы: почечная недостаточность.
36. Атрофия головного мозга при гидроцефалии – ткань головного мозга атрофирована, полости желудочков резко расширены.
Причины: может быть врожденной как порок развития или при нарушении циркуляции ликвора при воспалении, наличии спаек.

Тема 2 Морфогенез опухоли. Клинико-гистологическая характеристика рака, саркомы и доброкачественных опухолей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости (тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, решение ситуационных задач, реферат, доклад).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестовые задания

1. Выберите правильную последовательность стадий цитоканцерогенеза (1-3):

- 1.-а) опухолевая трансформация клетки
- 2.-б) изменение в геноме соматической клетки под воздействием
3. - канцерогенов или наследственной патологии

в) активизация клеточных онкогенов

2. При метаплазии возможен:

- а) переход цилиндрического эпителия в плоский
- б) переход эпителия в хрящевую ткань
- в) переход соединительной ткани в хрящевую
- г) переход гладкой мышечной ткани в поперечно-полосатую

3. Выберите виды роста злокачественных опухолей:

- а) инфильтративный
- б) экспансивный
- в) аппозиционный
- г) экзофитный
- д) эндофитный

4. Выберите признаки клеточного атипизма:

- а) полиморфизм
- б) уменьшение ядерно-цитоплазматического индекса
- в) гиперхромность
- г) патологические митозы
- д) увеличение ядерно-цитоплазматического индекса
- е) уменьшение количества митозов

5. Признаки инфильтративного роста опухоли:

- а) прорастание опухолевых клеток в капсулу и стенку сосудов
- б) проникновение опухолевых клеток в соседние ткани и разрушение их
- в) инкапсулирование опухоли

г) лимфогистиоцитарная инфильтрация
6. Установить правильную последовательность морфогенеза опухоли:

1. а) прогрессия опухоли
2. б) возникновение опухолевого зачатка
3. в) нарушение регенерации
4. г) гиперплазия и дисплазия

7. Аденома – это:

- а) доброкачественная опухоль из плоского эпителия
- б) злокачественная опухоль из плоского эпителия
- в) доброкачественная опухоль из железистого эпителия
- г) тератоидная опухоль
- д) злокачественная опухоль из железистого эпителия

8. Выберите признаки тканевого атипизма:

- а) изменение ядерно-цитоплазматического индекса
- б) появление уродливых тканевых образований
- в) изменение паренхимы и стромы
- г) изменение величины и формы тканевых структур
- д) гиперплазия клеток

9. Выберите признаки, характерные для опухолевого процесса:

- а) имеет компенсаторно-приспособительный характер
- б) заканчивается созревaniem клеток
- в) приобретает новые свойства
- г) рост беспредельный
- д) рост автономный

10. Термин «дисплазия» включает процессы:

- а) нарушение пролиферации и дифференцировки
- б) развитие клеточного атипизма
- в) нарушение кровообращения
- г) нарушение гистоархитектоники
- д) инвазивный рост

11. Выберите признаки злокачественной опухоли:

- а) инфильтративный рост
- б) способность к метастазированию
- в) экспансивный рост
- г) тканевой и клеточный атипизм
- д) вызывает кахексию

12. Выберите признаки регенераторного процесса:

- а) имеет компенсаторно-приспособительный характер
- б) заканчивается созреванием клеток
- в) приобретает новые свойства
- г) рост ткани беспредельный
- д) рост ткани автономный

13. Выберите признаки доброкачественной опухоли:

- а) инфильтративный рост
- б) способность к метастазированию
- в) способность к рецидивированию
- г) вызывает развитие кахексии
- д) экспансивный рост
- е) тканевой атипизм

14. Источником развития эпителиальных опухолей являются:

- а) сосуды
- б) эпителий кожи
- в) эндотелий
- г) эпителий мочевого пузыря
- д) эпителий слизистых оболочек
- е) эндокринные органы

15. Установите соответствие между этиологическими факторами и локализацией опухоли:

1. Вирус папилломы а) рак печени
2. Вирус Эпштейна-Барра б) рак легкого
3. Вирус гепатита В, С в) назофарингеальная карцинома
4. Табакокурение лимфома Беркитта
5. Анилиновые красители г) мезотелиома
6. Асбест д) рак мочевого пузыря е) рак шейки матки

16. Скирр – это:

- а) доброкачественная опухоль из эпителия
- б) саркома
- в) злокачественная опухоль из эпителия
- г) доброкачественная опухоль из мезенхимы

17. Аденокарцинома – это:

- а) доброкачественная опухоль из эпителия
- б) саркома
- в) злокачественная опухоль из железистого эпителия
- г) доброкачественная опухоль из мезенхимы

18. Эпителиальные опухоли это:

- а) папиллома
- б) саркома
- в) рак
- г) все ответы верны
- д) все ответы неверны

19. Эпидермальный рак это:

- а) доброкачественная опухоль из плоского эпителия
- б) злокачественная опухоль из плоского эпителия
- в) доброкачественная опухоль мезенхимного происхождения
- г) злокачественная опухоль мезенхимного происхождения

20. Фоновые предопухолевые изменения проявляются:

- а) острым экссудативным воспалением.
- б) висцеральным амилоидозом.
- в) метаплазией.
- г) атрофией и склерозом.
- д) все ответы верны.

- е) все ответы неверны.
21. Папиллома это:
- а) доброкачественная опухоль из плоского эпителия.
 - б) злокачественная опухоль из плоского эпителия.
 - в) доброкачественная опухоль из железистого эпителия.
 - г) тератоидная опухоль.
 - д) злокачественная опухоль из железистого эпителия.
22. Злокачественные опухоли из эпителия:
- а) аденома.
 - б) меланома.
 - в) тератома.
 - г) скирр.
 - д) ангиосаркома.
 - е) хондросаркома.
 - ж) слизистый рак.
23. В раковой опухоли может нарушаться:
- а) гистотипическая дифференцировка
 - б) цитотипическая дифференцировка
 - в) генотипический аппарат клетки
 - г) все ответы верны
24. Клеточный атипизм характерен для:
- а) доброкачественной опухоли из эпителия
 - б) доброкачественной опухоли молочной железы
 - в) злокачественной опухоли из плоского эпителия
 - г) злокачественной опухоли из железистого эпителия
25. Тканевой атипизм характерен для:
- а) доброкачественной опухоли из эпителия
 - б) доброкачественной опухоли молочной железы
 - в) злокачественной опухоли из плоского эпителия
 - г) злокачественной опухоли из железистого эпителия
26. Предопухолевыми процессами могут являться:
- а) очаги острого гнойного воспаления
 - б) очаги гиперплазии клеток
 - в) очаги дисплазии ткани
 - г) все ответы верны
27. Термин «факультативный предрак» обозначает:
- а) обязательный переход в рак
 - б) необязательность перехода в рак
 - в) латентный период рака
28. Источниками развития опухоли могут стать:
- а) пролиферативные центры эпителия
 - б) пролиферативные центры мезенхимальных тканей
 - в) очаги метаплазии тканей
 - г) нейроны
 - д) кардиомиоциты
29. Термин «дисплазия» обозначает:
- а) нарушение регенерации
 - б) нарастание морфологического атипизма
 - в) нарушение кровообращения
 - г) все ответы верны
 - д) все ответы неверны
30. Термин «облигатный предрак» обозначает:
- а) обязательность перехода в рак
 - б) необязательность перехода в рак
 - в) латентный период рака
 - г) все ответы неверны
31. Установить последовательность развития опухоли:
- а) прогрессия опухоли
 - б) нарушение регенерации
 - в) возникновение опухолевого зачатка
 - г) гиперпластические и диспластические процессы
32. К опухолям относят полип:
- а) ювенильный
 - б) гиперпластический
 - в) лимфоидный
 - г) аденоматозный
33. Злокачественные эпителиальные опухоли желудка:
- а) аденокарцинома
 - б) перстневидноклеточный
 - в) слизистый рак
 - г) все перечисленное верно
34. Органоспецифическая доброкачественная опухоль мочевого пузыря:
- а) переходноклеточная папиллома
 - б) дерматофиброма
 - в) кистозная аденома
 - г) верно б и в
 - д) нефробластома
35. Злокачественная эпителиальная опухоль легких:
- а) аденокарцинома
 - б) лимфома
 - в) фибросаркома
 - г) лейкоз
36. Внешний канцероген, имеющий решающее значение в возникновении рака легкого:
- а) хлорированная вода
 - б) никотин
 - в) каротины
 - г) холестерин
 - д) нитраты
37. Тип метаплазии эпителия бронхов:
- а) плоскоклеточный

- б) переходноклеточный
в) все перечисленное верно
38. Самая частая первичная злокачественная опухоль пищевода:
а) аденокарцинома
б) плоскоклеточный рак
в) недифференцированный рак
г) меланома
д) лейомиосаркома
39. Заболевание желудка, не относящиеся к предраку:
а) острый эрозивный гастрит
б) хронический гастрит
в) язвенная болезнь желудка
г) аденоматозный полип желудка
40. Доброкачественные опухоли встречающиеся в печени:
а) печеночноклеточная аденома
б) ангиома
в) гепатоцеллюлярный рак
г) цистаденома внутрижелчных протоков
д) все перечисленное верно
41. К злокачественным опухолям печени относят все, кроме:
а) печеночноклеточный рак
б) холангиокарцинома
в) цистаденокарцинома желчных протоков
г) опухоль Гравица
42. Злокачественная опухоль почек у детей:
а) опухоль Вильмса
б) медуллобластома
в) гипернефроидный рак зернистоклеточного варианта
г) саркома Юинга
д) верно а и г
43. Рак мочевого пузыря встречается чаще у:
а) пожилых женщин
б) рабочих анилиновой промышленности
в) новорожденных
г) радиологов
д) молодых мужчин
44. Преимущественный путь метастазирования рака:
а) гематогенный
б) лимфогенный
в) имплантационный

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕМЕ

«Морфогенез опухоли. Клинико-гистологическая характеристика рака, саркомы и доброкачественных опухолей»

1. 1- б; в д	11. а б г д	21. а	33. г
2- в; 3-а	12. а б	22. г ж	34. г
2. а в г	13. д е	23. г	35. а
3. а в г д	14. б г д е	24. в г	36. б
4. а в г д	15. 1-е,2-в	25. а б	37. в
5. а б 15.	3-а,4-б	26. б в	38. б
6. в г б а	5-д,6-г	27. а	39. а
16. а в д ж	16. в	28. а б в	40. а б г
7. в	17. в	29. б	41. г
8. в г д	18. а в	30. б	42. а
9. в г д	19. б	31. 2 4 3 1	43. б
10. а б г	20. г	32. г	44. б

Вопросы для устного опроса.

- 1. Определение понятия «опухоль».** Значение биопсии в онкологии. Номенклатура и принципы классификаций опухолей (клинико-морфологическая, по уровню гистологической дифференцировки, по системе TNM).
- 2. Этиология опухолей.** Факторы риска развития опухолей. Роль экологических факторов (канцерогенные вещества, физические, инфекционные) и генетических факторов в развитии опухолей. Основные причины возникновения опухолей у людей.
- 3.Строение опухоли.** Строение опухоли в зависимости от выраженности в ней стромы и паренхимы, источника развития, степени ее дифференцировки. Структурно-функциональные особенности опухолевой клетки и стромы. Виды атипизма. Морфологический атипизм (тканевой и клеточный).
- 4.Биологические и клинико-морфологические признаки** опухоли, которые отличают ее от нормальных тканей. Понятия о катаплазии. Виды роста опухоли. Условия развития рецидивов, метастазов. Местное и общее влияние опухолей на организм.
- 5.Особенности понятий «доброкачественная» и «злокачественная» опухоль.** Их клинико-морфологическая характеристика.
- 6.Морфогенез опухолей.** Клинико-морфологическое обоснование стадийности развития опухоли: фоновые заболевания, факультативные и облигатные предопухолевые изменения тканей. Возникновение опухолевого зачатка, понятие об "опухолевом поле" и опухолевой прогрессии.
- 7.Особенности строения эпителиальных опухолей. Источники их возникновения. Доброкачественные опухоли из эпителия:** папиллома, аденома – источники развития, локализация. Прогноз.
- 8.Предраковые процессы.** Определение понятия. Основные морфологические изменения в эпителии в процессе формирования рака. Понятие о дисплазии эпителия, внутриэпителиальном раке. Клинико-морфологическое обоснование предраковых процессов: фоновые состояния, факультативные и облигатные предраковые изменения. Примеры.
- 9. Злокачественные опухоли из эпителия (рак).** Определение. Основные источники развития. Гистологические варианты рака в зависимости от степени дифференцировки опухоли. Клинико-анатомические особенности роста, метастазирования, влияния на организм.
- 10.Мезенхимальные опухоли.** Источники их возникновения, классификация и номенклатура в зависимости от гистогенеза и их дифференцировки. Особенности мезенхимальных опухолей.
- 11. Доброкачественные мезенхимальные опухоли:** Основные места их локализации, особенности роста, строения, клинического проявления.
- 12. Злокачественные опухоли (саркомы):** строение, клинико-морфологические проявления, особенности различных гистологических вариантов, роль предшествующих доброкачественных опухолей.
- 13. Опухоли меланинообразующей ткани.** Источник развития и локализация: пигментные образования кожи, меланома, клинико-морфологическая классификация и характеристика основных вариантов, прогноз.
- 14. Опухоли нервной системы и оболочек мозга:** источники развития, клинико-морфологическая характеристика.

Микропрепараты:

- 1. Папиллома кожи:** Окраска гематоксилином и эозином. а) гиперпластические разрастания многослойного плоского эпителия с увеличением числа слоев, но сохранением полярности и комплексности расположения клеток, б) базальная мембрана сохранена, в) сосочковый характер неравномерного разрастания покровного эпителия и стромы (тканевой атипизм), гиперкератоз, г) избыточное образование мелких кровеносных сосудов.

2. Папиллома мочевого пузыря: Окраска гематоксилином и эозином. а) тонкие, различной величины и формы эпителиально-стромальные сосочки с высокой дифференцировкой эпителия и стромы.
3. Плоскоклеточный рак с ороговением нижней губы: Окраска гематоксилином и эозином. а) атипичные клетки плоского эпителия с полиморфизмом, гиперхромией ядер, единичными митозами, б) образование раковых «жемчужин», в) тяжи и гнезда атипичных клеток инфильтрирующие подлежащую ткань.
4. Фиброаденома молочной железы. Окраска гематоксилином и эозином. а) беспорядочно расположенные железистые структуры различной формы и величины, б) пролиферация альвеол и внутридольковых протоков, в) разрастание внутридольковой соединительной ткани
5. Плоскоклеточный рак шейки матки без ороговения. Окраска гематоксилином и эозином. а) пласты и тяжи атипичного плоского эпителия с нарушением полярности и комплексности эпителиального пласта, полиморфизмом клеток, гиперхромией ядер, патологическими митозами, б) инфильтрирующий рост опухоли, с прорастанием базальной мембраны и подлежащей ткани.
6. Аденокарцинома желудка. Окраска гематоксилином и эозином. а) опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины с многоядным атипичным эпителием, б) полиморфные клетки с гиперхромией ядер, наличием митозов, в) инфильтрация опухолевой тканью всей толщи стенки желудка.
7. Фиброма в препарате матки с шейкой. В области экзоцервикса имеется опухолевидное образование неправильной округлой формы с нечеткими контурами, размером примерно 2,5 на 3 см, с изъязвлением по поверхности. Опухоль растет преимущественно в полость влагалища - экзофитно, на разрезе прорастает в стенку шейки матки. Причины: нарушение гормонального баланса. Предраковые изменения: эндоцервикоз, лейкоплакия, дисплазия, папилломатоз, аденоматоз, полипы. Метастазы: рано в лимфатические узлы малого таза, паховые, забрюшинные. Позднее наблюдаются и гематогенные метастазы
8. Липома. Окраска гематоксилиномэозином. а) различной величины и формы дольки жировой ткани, б) тонкие соединительнотканые прослойки, в) фиброзная капсула. Отсутствие клеточного атипизма липоцитов и экспансивный рост опухоли.
9. Ангиома. (кавернозная гемангиома): Окраска гематоксилиномэозином. а) сосудистые тонкостенные полости типа синусоидов различной величины, б) полости выстланы уплощенными эндотелиальными клетками разделены соединительноткаными прослойками различной толщины.
10. Хондрома. Окраска гематоксилиномэозином. а) дольки содержащие капсулы с различным числом хондроцитов, б) хондроидное вещество.
11. Остеома. Окраска гематоксилиномэозином. а) беспорядочное расположение дифференцированных костных балок, различной величины, б) волокнистая соединительная ткань.
12. Лейомиома Окраска гематоксилиномэозином. а) продольно и поперечно расположенные пучки гладкомышечных клеток веретенообразной формы, б) строма из прослоек соединительной ткани, в) кровеносные и лимфатические сосуды.
13. Злокачественная фиброзная гистиоцитома. Окраска гематоксилиномэозином. а) атипичные гистиоцитоподобные клетки с выраженным полиморфизмом, б) участок с преобладанием фибробластоподобных элементов, в) гигантская многоядерная клетка типа Тугона.
14. Фибросаркомаполиморфноклеточная. Окраска гематоксилиномэозином. а) опухолевая ткань отличается выраженным полиморфизмом клеток, б) гиперхроматоз ядер, неправильные митозы, в) преобладание клеток над волокнами.
15. Веретеноклеточная саркома. Окраска гематоксилиномэозином. а) атипичные клетки имеют веретенообразную форму, подобие незрелых фибробластов, б) коллагеновые волокна.

Макропрепараты:

1. Папиллома кожи: на поверхности кожи имеется опухолевидное образование шаровидной формы размером 1см., на узкой ножке, мягкой консистенции, с поверхности сосочкового вида. На разрезе опухоль хорошо васкуляризирована.
Локализация: кожа, слизистые оболочки, выстланные переходным или неороговевающим плоским эпителием – слизистая оболочка полости рта, истинные голосовые связки, лоханки почек, мочеточки, мочевого пузыря. *Исход:* благоприятный; но папилломы мочевого пузыря и голосовых связок могут рецидивировать и малигнизироваться.
2. Папилломатоз слизистой оболочки мочевого пузыря: на слизистой оболочке имеются многочисленные мелкие подвижные опухолевидные образования, состоящие из тонких длинных сосочков. *Осложнение:* кровотечение. *Исход:* малигнизация.
3. Рак кожи: в препарате кожный лоскут на поверхности имеется опухолевидное образование в виде бляшки, размером 2,5 см, с участком изъязвления в центре. На разрезе видно прорастание опухоли в подлежащую ткань.
Локализация: чаще на шеи и лице. *Исход:* характерны рецидив и метастазирование преимущественно лимфогенным путем.
4. Родимое пятно (пигментный невус).
Препарат участок кожных покровов, на котором имеется участок неправильной формы, коричневого цвета, не выходящий над поверхностью.
Причины: врожденный гипермеланоз.
Исход: без изменений, озлокачествление.
5. Аденоматозные полипы кишки. В ректосигмоидальном отделе толстой кишки имеются три опухолевидных образования размерами 1, 2,5 и 3 см, на тонких ножках, неправильной овальной формы с ворсинчатой поверхностью, мягкой консистенции. На разрезе патологические новообразования обильно васкуляризованы и локализуются исключительно на поверхности слизистой оболочки, не прорастая подлежащие ткани. Осложнения: кровотечение, перекрут ножки, обтурация просвета. *Исход:* малигнизация.
6. Различные формы рака желудка.
а) *Полипозный рак:* на поверхности слизистой оболочки имеется опухолевидное образование, растущее в просвет желудка, в виде узла с ворсинчатой поверхностью, размером 3 см в диаметре, на ножке. Ткань опухоли серо-розового цвета, на разрезе богата кровеносными сосудами, прорастает в толщу стенки желудка.
б) *Инфильтративно - язвенныйрак желудка:* на слизистой оболочке желудка имеются многочисленные изъязвления различных размеров и глубины. Огромные язвы с бугристым дном и плоскими краями. На разрезе, по краям злокачественной язвы, опухоль характеризуется преимущественно эндофитным ростом, с выраженной канкротной инфильтрацией стенки желудка. Причины: питание (копчености, консервы, маринованные овощи, перец), билиарный рефлюкс (после операций на желудке, особенно по Бильроту II), *Helicobacter pylori* (способствует развитию атрофии слизистой оболочки, кишечной метаплазии, дисплазии эпителия). Предраковые состояния: аденомы, язвенная болезнь, хронический атрофический гастрит. Метастазирование: 1. Ортоградные лимфогенные метастазы в регионарные узлы на малой и большой кривизне, ретроградные лимфогенные метастазы в левый надключичный лимфатический узел- метастаз Вирхова, в яичники – Крукенберговский рак, параректальную клетчатку- Шницлеровские метастазы, 3. Гематогенные метастазы в печень, легкие, головной мозг, кости, почки, реже в надпочечники и поджелудочную железу. 4. Имплантационные – карциноматоз плевры, перикарда, диафрагмы, брюшины, сальника
7. Фиброаденома молочной железы - в ткани молочной железы инкапсулированный узел с четкими границами, плотной консистенции, подвижный при пальпации, 3 см в диаметре. На разрезе белесоватого цвета, волокнистого вида, с щелевидными полостями.
Причина: нарушение баланса эстрогенов. *Исход:* благоприятный. С возрастом может регрессировать. Редко (у 0,1%) возникает малигнизация.
8. Рак влагалищной порции шейки матки - в препарате матка с шейкой. В области экзоцервикса имеется опухолевидное образование неправильной округлой формы с нечеткими контурами, размером примерно 2,5 на 3 см, с изъязвлением по поверхности. Опухоль растет преимущественно в полость влагалища - экзофитно, на разрезе прорастает в стенку шейки матки. Причины: нарушение гормонального баланса. Предраковые изменения: эндоцервикоз, лейкоплакия, дисплазия, папилломатоз, аденоматоз, полипы. Метастазы: рано в лимфатические узлы малого таза, паховые, забрюшинные. Позднее наблюдаются и гематогенные метастазы
9. Фиброма кожи: в препаратекожный лоскут, на поверхности округлое опухолевидное образование на широком основании, размером 6 см в диаметре. На разрезе белесоватого цвета, волокнистого строения, плотно-эластической консистенции. Локализация: кожа, матка, молочная железа, спинномозговой канал, глазница и др. органы. *Исход:* благоприятный; осложнения определяются локализацией.
10. Липома: опухолевидный узел с выраженной тонкой фиброзной капсулой, неправильной округлой формы, размерами 5 на 7 см. На разрезе представлен неравномерными жировыми дольками желтого цвета, мягкой консистенции, различных размеров, разделенных тонкими соединительноткаными прослойками. Локализация: где есть жировая ткань. *Исход:* благоприятный.
11. Фибромиоматоз матки: в препарате тело матки, резко деформированное из-за наличия множественных миоматозных узловокруглой формы с четкими границами, различных размеров и локализацией во всех слоях матки. На разрезе узлы белесоватого цвета, волокнистого строения, по консистенции плотные. В больших узлах имеются участки некроза, кровоизлияний и обызвествления. Осложнения: при субмукозных узлах – кровотечение. *Исход:* благоприятный.
12. Ангиома печени (кавернозная гемангиома): в препарате печень, в толще паренхимы определяется патологический участок с четкими границами, неправильной формы, размерами 2 на 3см., красно-синюшного цвета, губчатого вида. На разрезе представлен свернувшейся кровью. Виды: капиллярная, венозная, кавернозная, доброкачественная гемангиоперциптома. *Исход:* благоприятный.
13. Хондрома: в препарате стопа, в области предплюсны имеется опухолевидное образование неправильной округлой формы с четкими границами, плотной консистенции, в диаметре около 8 см. На разрезе имеет вид гиалинового хряща иячейстое строение. *Исход:* благоприятный.
14. Фибросаркома: на нижней конечности между мышечными массивами бедра имеется патологическое образование размерами 15 на 10 см, узловатого вида, на разрезе ткань серо-розового цвета, напоминает «рыбье мясо». Границы опухолевого узла не четкие, с прорастанием в окружающую ткань, с фокусами некроза и кровоизлияниями. *Исход:* часто рецидивирует, но метастазирует реже.
15. Липосаркома: в препарате конгломерат слившихся узлов из жировой ткани, более плотной консистенции, размерами 15x12x8см. На разрезе неоднородного пестрого вида, с участками волокнистого строения, местами ткань белая сочная, напоминает «рыбье мясо», имеются очаги некрозов и кровоизлияний. Локализация: везде, где есть жировая ткань, но в виде казуистики встречается в оболочках мозга, семенном канатике, вульве, молочной железе, матке, желудке, костях. *Исход:* неблагоприятный, но растет относительно медленно, в отличие других злокачественных мезенхимальных опухолей, долго не метастазирует.

16. Злокачественная фиброзная гистиоцитома: на бедре имеется плотный, четко отграниченный конгломерат из нескольких узлов, диаметром 15 см серовато-белого цвета. На разрезе наличие очагов некроза и кровоизлияний.

Локализация: нижние конечности (дифференцируется с меланомой и саркомой Капоши), туловище, верхняя конечность, забрюшинное пространство и редко область головы и шеи. Опухоль располагается в мышцах, реже в подкожной жировой клетчатке. Исход: показатели рецидивирования и метастазирования зависят от гистологического варианта опухоли, ее размеров, глубины поражения и локализации.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

У мужчины 62 лет в области корня правого легкого обнаружен узел диаметром 8 см на разрезе – беловато-серого цвета без четких контуров, связанный с просветом бронха, стенки которых уплотнены и утолщены. От узла в ткань легкого вырастают тяжи сероватой ткани. Лимфатические узлы корня легкого увеличены, на разрезе серо-белые. *Микроскопически* – опухоль состоит из пластов высокодифференцированных полиморфных клеток, с сохранением базальной ориентации, имеются роговые жемчужины, ядра гиперхромные с неровными очертаниями, полиморфные. Строма в опухоли скудная с инфильтрацией лимфоцитами, видны участки некроза.

1. Определите форму опухолевого поражения легких.
2. Назовите гистологический вид опухоли.
3. Перечислите предопухолевые процессы в легких.
4. Назовите гистологические признаки, определяющие степень дифференцировки опухоли.
5. Назовите первичные метастазы данной опухоли.

Ситуационная задача № 2

У мужчины 48 лет, лечившегося по поводу пневмокониоза, было обнаружено опухолевидное образование. *Макроскопически:* в верхушке правого легкого определяется узел округлой формы с нечеткими границами, в диаметре 6 см, на разрезе серо-белого цвета.

Микроскопически: патологически измененная ткань построена из цилиндрического эпителия, вырабатывающего муцин, который выстилает альвеолярные структуры, с формированием участков тубулярного строения. Опухоль растет среди фиброзной ткани с лимфоплазмочитарной инфильтрацией.

1. Определите форму опухолевого поражения легких.
2. Назовите гистологический вид опухоли.
3. Перечислите гистологические виды аденокарцином, чем они различаются.
4. Какой патологический процесс явился фоном для развития заболевания.
5. Дайте определение пневмокониозам.

Ситуационная задача № 3

У мужчины 37 лет при флюорографии обнаружен субплевральный узел неправильной формы «хрящевой плотности», с четкими границами, с локализацией в нижней доле левого легкого, размерами 10 см в диаметре, поверхность разреза однородная полупрозрачная, беловатого цвета с участками обызвествления.

Микроскопически – узел представлен хрящевой тканью, с участками ослизнения и очагами фиброзной и жировой ткани. Встречаются единичные железистые образования выстланные кубическим эпителием.

1. Поставьте гистологический диагноз. Назовите разновидность патологического процесса.
2. Назовите причину развития данной патологии.
3. Назовите гистологические варианты данной патологии.
4. Перечислите отличительные признаки данной патологии от тератомы.
5. Перечислите возможные осложнения.

Ситуационная задача № 4

Мужчина 40 лет обратился в больницу с жалобами на кашель с большим количеством слизистой мокроты. Обследование выявило в левом легком множественные узлы разной величины с нечеткими контурами «облаковидные».

Микроскопически: полиморфные опухолевые клетки растут по стенкам предшествующих альвеол, формируя в некоторых участках сосочки с хорошо выраженной стромой. На отдельных участках к стенкам альвеол, растянутых слизистым содержимым, прикреплены группы опухолевых клеток среди которых встречаются перстневидные клетки.

1. Определите форму опухолевого поражения легких.
2. Поставьте гистологический диагноз.
3. С чем необходимо дифференцировать данный патологический процесс.

Ситуационная задача № 5

Мужчина 50 лет обратился за медицинской помощью по поводу хронического кашля, хрипловатости голоса, боли в горле при глотании. При опросе выяснилось, что большой длительный время страдает изжогой, проявляющейся в ощущении жжения за грудиной и в области эпигастрия, отрыжкой воздухом, появлением во рту кислотного привкуса. При эндоскопическом исследовании пищевода обнаружены длинные сегменты цилиндрического эпителия, распространяющегося вверх по пищеводу, над областью пищеводно-желудочного перехода, и имеющего характерный красный цвет и "бархатный" вид, на фоне расположенного рядом с ним тонкого, бледного, с глянцевой поверхностью плоского эпителия. В биопсийном материале из дистального отдела пищевода, выявляется ограниченное замещение слоев плоского эпителия на специализированный кишечный эпителий. И поверхность слизистой оболочки, и железы кишечного типа выстланы цилиндрическим эпителием. Слизистая оболочка из области пищеводно-желудочного перехода представлена пролиферирующими железами и солидными структурами из атипичного железистого эпителия с множественными митозами.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите фоновое заболевание и связанное с ним осложнение, способствовавшее развитию данной патологии.
3. Отметьте ведущую роль в патогенезе фонового заболевания и причины его развития.
4. Назовите морфологический критерий данного осложнения.

Ситуационная задача № 6

Труп истощенного мужчины 65 лет. Из истории болезни: болен опухолью желудка (гистологически аденокарцинома), 4 клиническая группа.

Вскрытие: сердце обычных размеров, массой 280,0 г. В пилорическом отделе желудка опухолевый узел белесовато-серого цвета на разрезе. В воротах печени аналогичная описанному узлу опухолевая ткань, с единичными мелким округлыми узелками в паренхиме печени. В правом легком очаговые светло-серые уплотнения, с поверхности разреза, которых выделяется мутная белесоватая жидкость.

Микроскопически в ткани опухолевых узлов желудка и печени картина аденокарциномы. В легких слизистая бронхов полнокровная, в просвете бронхов слизь, гной, спущенные эпителиальные клетки. В просвете альвеол скопление распадающихся нейтрофилов, эритроциты.

1. Назовите основное заболевание.
2. Объясните механизм развития патологического процесса в печени.
3. Назовите отличительные морфологические критерии первичной и вторичной злокачественной опухоли.
4. Какое осложнение явилось причиной смерти.

Ситуационная задача № 7

Мальчик 4 лет с жалобами, со слов матери, на слабость, похудание, снижение аппетита, периодический субфебрилитет. В крови умеренная анемия, повышение СОЭ. При обследовании в животе пальпируется плотное и гладкое объемное образование. УЗИ выявило опухолевидное образование правой почки. Произведена нефрэктомия. Макроскопически опухоль размерами 10 см прилежит к лоханке, хорошо отграниченная от ткани почки, на разрезе беловатая с очагами некроза, кровоизлияний и множественными тонкостенными кистами. *Гистологически* опухолевая ткань состоит из солидных полей и тяжелой клеточек с овальным и круглым ядром, в центре которых формируются трубочки, напоминающие почечные канальцы, имеются образования, сходные с почечными клубочками. Между полями эпителиальных клеток располагается рыхлая незрелая соединительная ткань с вытянутыми клетками и наличием групп гладких и поперечнополосатых мышечных волокон, сосудов разного калибра, жировой ткани.

1. Поставьте гистологический диагноз, отметьте степень дифференцировки опухоли.
2. Назовите этиопатогенетические факторы, ведущие к развитию заболевания.
3. Назовите морфологический критерий опухоли.
4. Назовите благоприятные и неблагоприятные в прогностическом отношении гистологические варианты данной опухоли.

Ситуационная задача № 8

Женщина 27 лет осмотрена гинекологом. Влагалище нерожавшей женщины, устье цервикального канала округлое. Во влагалищной части шейки матки на фоне бледно-розовой слизистой оболочки, имеется ярко-красное пятно. Произведена биопсия. *Микроскопически* видна граница перехода многослойного плоского эпителия в призматический эпителий, в подлежащей ткани железистые структуры, в строме лимфо-лейкоцитарный инфильтрат и обилие тонкостенных кровеносных сосудов.

1. Назовите патологический процесс шейки матки, форму.
2. Назовите причину развития, ее особенность
3. Перечислите синонимы данной патологии.

4. Перечислите особенности эндоцервикоза (псевдоэрозии).

Ситуационная задача № 9

Женщина 32 лет осмотрена гинекологом. Влагалище нерожавшей женщины, устье цервикального канала округлое. Во влагалищной части шейки матки на фоне бледно-розовой слизистой оболочки, имеется ярко-красное пятно. Произведена биопсия. *Микроскопически* видна граница перехода многослойного плоского эпителия в призматический эпителий, с железистыми структурами в подлежащей ткани. Имеются участки разрастания метапластического плоского эпителия по поверхности и в отдельных железах. В строме лимфоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофилов и обилие тонкостенных кровеносных сосудов.

1. Назовите патологический процесс шейки матки, форму.
2. Объясните механизм изменений в ткани шейки матки.
3. Что означает «зона трансформации»
4. Назовите тип эпителия в зоне трансформации шейки матки.
5. Назовите основную функцию резервных клеток и их роль в физиологических и патологических процессах.

Ситуационная задача № 10

Женщина 36 лет, с отягощенным социальным и акушерским анамнезом- никотинозависимость, ранняя половая жизнь, затяжное хроническое воспаление шейки матки, обратилась с жалобами на обильные водянистые бели и контактные кровянистые выделения.

При кольпоскопии - расширенные, неправильно ветвящиеся сосуды в патологически измененном участке эпителия, имеющего беловатую окраску. Произведена электрокоагуляция шейки матки. *Микроскопически* в многослойном плоском эпителии отмечается нарушение стратификации пласта, представленного пролиферацией базальных и парабазальных клеток с нарушением их дифференцировки, гиперхромией и полиморфизмом ядер. Митотически делящиеся клетки захватывают 1/2 толщи пласта многослойного плоского эпителия. Видны единичные атипичные митозы. В поверхностных слоях выявляются клетки с крупным гиперхромным ядром и глыбками хроматина, ядерная мембрана утолщена, неправильной формы. Вокруг ядра определяется широкий ободок просветленной цитоплазмы

1. Назовите патологический процесс шейки матки.
2. Перечислите причины для его развития.
3. Назовите фоновые заболевания для данного патологического процесса.
4. Перечислите исходы.

Ситуационная задача № 11

Женщина 34 лет с жалобами на бели, кровоточивость при контакте осмотрена гинекологом. Произведена биопсия шейки матки. При гистологическом исследовании в базальных и парабазальных слоях многослойного плоского эпителия выраженная пролиферация гиперхромных и полиморфных клеток с их дезорганизацией, нарушением полярности, но без нарушения базальной мембраны. Атипичные клетки проникают в промежуточные и поверхностные слои эпителиального пласта, имеется умеренное количество атипичных митозов.

1. Поставьте гистологический диагноз.
2. Объясните особенность данной патологии.
3. Назовите отличие 3 степени дисплазии от Cainsitu.
4. Назовите самую частую локализацию рака шейки матки.
5. Перечислите факторы, влияющие на локализацию зоны трансформации.

Ситуационная задача № 12

У женщины 35 лет при цитологическом исследовании мазка из шейки матки на профилактическом осмотре, были выявлены патологические изменения плоского эпителия в виде многоядерных клеток, чешуек, увеличения ядер с их гиперхромией, много зерен кератина. Была направлена для дальнейшего обследования. При кольпоскопии на влагалищной порции шейки матки выявлены белые лакированные пятна в виде мозаики. Произведена биопсия. При микроскопическом исследовании акантоз плоского эпителия, дискератоз, паракератоз, 2-3 слоя зернистых клеток с базофильными гранулами. В подэпителиальном слое очаговая лимфоцитарная инфильтрация.

1. Назовите патологический процесс шейки матки.
2. Назовите причины для ее развития.
3. Перечислите гормональные нарушения при данной патологии.
4. Назовите гистологические изменения эндометрия, сопровождающие этот патологический процесс.

Ситуационная задача № 13

Женщина 34 лет с жалобами на нарушение менструальной функции была осмотрена гинекологом. При исследовании цервикального канала был выявлен патологический очаг, экзофитного разрастания слизистой оболочки. Произведена прицельная биопсия. *Микроскопически* опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины с многорядным атипичным эпителием, полиморфные клетки с гиперхромией ядер, наличием множественных митозов.

1. Поставьте гистологический диагноз.
2. К какому виду патологического процесса относится данная патология.
3. Назовите фоновые процессы для развития заболевания.
4. Назовите известную достоверную причину заболевания шейки матки.
5. Перечислите особенности данной патологии.

Ситуационная задача № 14

Женщина 33 лет поступила в гинекологическое отделение с маточным кровотечением. Соскоб эндометрия обильный. *При гистологическом исследовании* количество желез увеличено, они имеют различную величину и конфигурацию - извилистые, штопорообразные, эпителий пролиферативного типа, некоторые железы кистозно-расширены, в строме гистолимфоцитарные инфильтраты.

1. Назовите патологический процесс в эндометрии.
2. Назовите причину и предрасполагающие факторы возникновения данной патологии.
3. Назовите вид атипизма данного заболевания.
4. Объясните механизм развития изменений в органе.
5. Определите возможный прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 15

У женщины 43 лет на фоне внутриматочного контрацептива произошла задержка месячных на 14 дней, появились мажущие кровянистые выделения перешедшие затем в маточное кровотечение. При выскабливании полости матки получен обильный соскоб. *При гистологическом исследовании* деление на компактный и спонгиозный слой отсутствует, клубки сосудов не определяются. Железы разной величины и формы располагаются очень тесно, «спинка к спинке», эпителий желез активно пролиферирует. Отмечается ветвление желез, многорядность эпителия, в крупных гиперхромных ядрах обилие митозов.

1. Назовите патологический процесс в эндометрии.
2. Назовите разновидность патологического процесса.
3. Какие виды атипизма характерны для данной патологии.
4. Назовите возрастной период женщины, характеризующийся возрастом этой патологии.
5. Назовите возможный неблагоприятный исход заболевания матки.

Ситуационная задача № 16

У женщины 58 лет на фоне менопаузы в течение 7 лет начались кровотечения типа метроррагий. При пальпации обнаружена множественная миома тела матки. Произведена ампутация тела матки. Матка равномерно и диффузно увеличена, высотой до 17,0 см, толщина миометрия в средней части достигает 4,5 см, на разрезе зернистого вида с множеством мелких кист, выполненных коричневатым содержимым. *При гистологическом исследовании* в толще внутреннего и среднего слоя миометрия множество очагов типичной стромы эндометрия, имеющих неправильную форму и содержащие эндометриальные железы, выстланные пролиферирующим эпителием.

1. Назовите заболевание матки.
2. Назовите разновидность патологического процесса.
3. Назовите провоцирующие факторы формирования этой патологии матки.
4. Назовите теории происхождения заболевания.
5. С какой патологией эндометрия сочетается данное заболевание.

Ситуационная задача № 17

У больной 35 лет в течение нескольких лет определяются очаги уплотнения в обеих молочных железах, размеры которых варьируют в зависимости от фазы менструального цикла. *При микроскопическом исследовании* строение ткани молочной железы нарушено, выявляются деформированные дольки с внутридольковой стромой. Между дольками находится междольковая соединительная и жировая ткань. Эпителиальные клетки, выстилающие железистые структуры, преимущественно темные, мелкие, тесно расположенные, образующие в протоках и альвеолах многослойные солидные и криброзные структуры.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите распространенные формы фиброно-кистозной мастопатии.
3. Назовите морфологический вариант данного заболевания.

4. Назовите морфологические проявления фиброзно-кистозной мастопатии.

5. Определите возможный прогноз по гистологической картине.

Ситуационная задача № 18

У женщины 45 лет после удаления доброкачественной опухоли в молочной железе, наблюдался рецидив заболевания. Макроскопически опухоль представлена хорошо отграниченными плотными массами, на разрезе желто-коричневого цвета, с щелями, напоминающими прожилки листа. При гистологическом исследовании протоки выстланы эпителиальными и миоэпителиальными клетками, с интраканаликулярным врастанием в них стромы, которая характеризуется повышенной клеточностью.

1. Назовите основное заболевание.

2. Назовите гистологический его вариант.

3. Перечислите возможные провоцирующие факторы имеющие роль в развитии опухоли.

4. В каком возрастном периоде наиболее часто встречается данная патология.

5. Перечислите особенности течения и прогноз данной патологии.

Ситуационная задача № 19

У женщины 34 лет во время операции овариэктомии по поводу кисты правого яичника обнаружено тонкостенное, кистозное образование 2 см в диаметре, с гладкой блестящей внутренней поверхностью, выполненное прозрачной слегка желтоватой жидкостью. При гистологическом исследовании стенка кисты фиброзная, выстилка которой образована высоким цилиндрическим эпителием.

1. Назовите основное заболевание, прогноз.

2. Поставьте гистологический диагноз.

3. Назовите синоним данной патологии, подчеркивающий, что новообразование полостного характера.

4. К какому типу патологического процесса относится данное новообразование.

5. Назовите какие опухоли по степени дифференцировки, чаще развиваются из целома.

6. Назовите злокачественный аналог.

Ситуационная задача № 20

У девочки 14 лет два года после удаления дермоидной кисты левого яичника и клиновидной резекции правого яичника появилось образование в малом тазу диаметром 20,0 см. Во время срочного интраоперационного исследования обнаружена опухоль кистозно-солидного строения мягкой консистенции с множеством кист разного размера, часть из которых выполнена мутным геморрагическим содержимым. При микроскопическом исследовании в стенке кисты и солидных участках найдены зрелые эмбриональные структуры нескольких типов тканей и незрелая глиозная ткань.

1. Назовите разновидность опухолевидного образования.

2. Назовите тип данного новообразования.

3. Укажите источник его развития.

4. Назовите особенность течения новообразования.

5. Дайте морфологическую характеристику дермоидной кисты яичника.

Ситуационная задача № 21

У женщины 44 лет на фоне отсутствия месячных появились постоянные тянущие боли в поясничной области. При УЗИ-исследовании оба яичника увеличены. Произведена операция экстирпации матки с придатками. При макроскопическом исследовании правый яичник увеличен до 6,5 см, левый до 12,0 см, поверхность яичников крупнобугристая, на разрезе ткань пестрого вида с кистозными полостями разной величины, со слизисто-гноино-геморрагическим содержимым, плавающими и крошащимися сосочками. Внутренняя поверхность с сосочковыми разрастаниями желто-белого цвета с кровоизлияниями и некрозами. При гистологическом исследовании строение яичника полностью нарушено за счет разрастания опухолевой ткани образованной атипичными сосочковыми структурами, построенными из атипических клеток, с выраженным клеточным и ядерным атипизмом. Строма большей части сосочков фиброзная.

1. Поставьте гистологический диагноз.

3. Назовите разновидность опухолевого процесса.

3. Перечислите особенности данной патологии яичников.

4. Объясните причину поздней диагностики опухолей яичников.

Ситуационная задача № 22

У женщины 68 лет, пониженного питания, на фоне аменореи длящейся 25 лет, начались мажущие, чередующиеся с более интенсивными кровотечениями, непрекращающиеся в течение последних 6-и месяцев. При ультразвуковом исследовании органов малого таза патологии не выявлено. Произведено диагностическое выскабливание полости матки, получен обильный соскоб. При гистологическом исследовании обилие железистых структур альвеолярного, трубчатого и папиллярного строения. Эпителий высоко- и низкопризматический с выраженным клеточным и ядерным атипизмом, наличием патологических митозов.

1. Назовите патологический процесс эндометрия.

2. Назовите гистологическую форму.

3. Назовите патогенетические варианты рака эндометрия.

4. Назовите основную причину развития негормонального рака матки.

5. Назовите особенности развития негормонального рака матки и степень его дифференцировки.

Ситуационная задача № 23

Женщина 55 лет страдающая сахарным диабетом, с отсутствием родов в анамнезе, лечившаяся по поводу рецидивирующей гиперплазии эндометрия, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на интенсивное кровотечение. УЗИ показало наличие новообразования в полости матки и кистозно-измененные яичники. Произведена экстирпация матки с придатками. При морфологическом исследовании в полости матки имеется узел 3 см пестрого вида, мягкой консистенции, не прорастающий стенку матки. В левом яичнике множественные кисты до 1 см в диаметре, с гладкой внутренней поверхностью и серозным содержимым. При гистологическом исследовании в эндометрии обилие железистых структур альвеолярного, трубчатого и папиллярного строения. Эпителий высоко- и низкопризматический с умеренным клеточным и ядерным атипизмом, небольшим количеством патологических митозов. Стенка кистозных образований яичника представлена фиброзной тканью, внутренняя выстилка образована цилиндрическим реснитчатым эпителием.

1. Назовите патологический процесс эндометрия.

2. Назовите гистологическую форму.

3. Назовите факторы риска гормонального рака тела матки.

4. Назовите основную причину развития гормонального рака матки.

5. Назовите особенности развития гормонального рака матки и степень его дифференцировки.

Ситуационная задача № 24

Женщина 35 лет с жалобами на тупые тянущие боли внизу живота, общее недомогание, дисурические явления, утомляемость, нарушения менструального цикла. При УЗИ обнаружено новообразование правого яичника. Произведена операция овариэктомии. Макроскопически опухоль размерами 10 см в диаметре, с гладкой белесоватой фиброзной капсулой, мягкой консистенции. На разрезе опухолевая ткань светло-коричневого цвета, полностью замещает паренхиму яичника. При гистологическом исследовании ткань опухоли представлена крупными округлыми клетками, сходными с зародышевыми клетками примордиальных фолликулов, цитоплазма которых содержит гликоген. Группы опухолевых клеток окружены тонкими прослойками соединительной ткани со скоплением лимфоцитов.

1. Назовите разновидность опухоли по степени дифференцировки и происхождению.

2. Назовите гистологический вариант.

3. Назовите особенность клинического течения данной опухоли по сравнению с другими – из этой группы.

4. Назовите, что необходимо дополнительно взять для гистологического исследования.

5. С какой опухолью часто сочетается обнаруженная опухоль яичника.

Ситуационная задача № 25

У мужчины 20 лет на профилактическом осмотре при не увеличенных размерах яичка обнаружено уплотнение. В крови высокий уровень сывороточного хорионического гонадотропина.

Макроскопически чётко отграниченный узел дольчатого строения, оттесняющий ткань яичка. На разрезе ткань желтовато-розового цвета, с очагами кровоизлияний. При гистологическом исследовании опухолевая ткань формирует альвеолярные гнезда, образованные крупными, светлыми клетками полигональных очертаний с круглым ядром. Встречаются псевдожелезистые и крибровые структуры. В строме обнаруживаются многочисленные лимфоциты и гранулематозная инфильтрация. В сохранившейся части яичка между канальцами видны островки крупных клеток с ацидофильной цитоплазмой.

1. Назовите вид опухоли по степени дифференцировки.

2. Назовите гистологический вариант.

3. Назовите происхождение опухолевого процесса и источник развития.

4. Назовите фоновые патологические состояния.

5. Определите возможный прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 26

Мужчин в возрасте 30 лет с жалобами на кровохарканье, выраженное увеличение грудных желез. В крови высокий уровень сывороточного хорионического гонадотропина. УЗИ органов выявило новообразование яичка. Обследование легких выявило диссеминированный патологический процесс. Морфологически опухоль яичка в виде небольшого узла с множественными очагами некроза и кровоизлияний. Микроскопически новообразованная ткань яичка представлена солидно-сосочковыми комплексами цитотрофобласта из мономорфных одноядерных клеток со светлой цитоплазмой и везикулярным ядром. Вокруг – полиморфные многоядерные клетки синцитиотрофобласта с одним крупным гипер- или гипохромным ядром. Встречают признаки внутрисосудистой инвазии трофобласта. Имеются очаги некрозов и кровоизлияний.

В биопсийном материале из легких обнаружена аналогичная морфологическая картина.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите гистологический вариант опухоли.
3. Назовите происхождение опухолевого процесса.
4. Назовите достоверный гистологический признак опухоли.
5. Определите возможный прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 27

Девочка 14 лет с жалобами на постоянные боли внизу живота, сукровичные выделения из половой щели, повышение температуры тела до 39°C, озноб. Больной себя считала более 8 месяцев, когда началось нарушение менструального цикла, проявлявшегося непрекращающимися кровянистыми выделениями. Трижды обращалась к гинекологу. Диагностирована дисфункция яичников, по поводу которой принимала кровоостанавливающие и гормональные средства. Лечение безуспешное. Была госпитализирована в городскую больницу. В периферической крови выявлены лейкоцитоз, увеличенная СОЭ и гипохромная анемия. При гинекологическом исследовании шейка матки гипертрофированная, плотная, бочкообразная. Вся верхняя и средняя трети полости влагалища заняты экзофитной опухолью, «вколоченной» в просвет влагалища. Осуществлена тотальная гистерэктомия с 2/3 влагалища. Макроскопически: правые придатки, левая маточная труба и тело матки не изменены. Правый яичник замещен кистой, наполненной соломенно-желтой жидкостью, имевшей гладкие, блестящие внутреннюю и наружную оболочки, капсулы. Шейка матки представлена опухолью размером 8Х6 см, исходящую из слизистой цервикального канала, инфильтрирующую тотально всю мышцу и прорастающую в задний влагалищный свод. При гистологическом исследовании в яичнике фолликулярная киста. Эндометрий — без особенностей.

Опухолевая ткань состоит из крупных светлых клеток типа сапожного гвоздя с большой шляпкой, с выраженной атипией и многочисленными митозами, в строме гиалиноз.

1. Поставьте гистологический диагноз.
2. Назовите разновидность опухолевого процесса.
3. Объясните механизм развития патологии.
4. Объясните, с чем может быть связана поздняя диагностика данной патологии.
5. Определите прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 28

У женщины 47 лет через 4 месяца третьих срочных оперативных родов прекратилась лактация, появились обильные кровянистые выделения из половых путей. При ультразвуковом исследовании - матка увеличена до 14-16 недель беременности, с внутриматочным расположением опухолевых очагов. Произведена ампутация матки. Гистологически опухоль состоит из клеток Ланганса, располагающихся альвеолами, которые окружены слоем синцития и как бы заключены в сеточку, и инвазивного хориального эпителия. Опухоль не имеет стромы и своих сосудов. Элементы ее прорастают в кровеносные сосуды, инфильтрируя и некротизируя их стенку, обуславливая кровоизлияние и тромбоз сосуда.

1. Назовите разновидность патологии беременности.
2. Назовите патологический процесс матки.
3. Назовите возможные причины и состояния, способствующие развитию данной патологии.
4. Назовите возможные осложнения заболевания.
5. Определите прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 29

У мужчины 28 лет, с отягощенным социальным и соматическим анамнезом - ВИЧ-инфицированный, на коже дистальных отделов конечностей, возле поверхностных вен, в основном на стопах и переднебоковых поверхностях голени, а также на лице и туловище, появились множественные симметричные узеловатости красновато-синюшного цвета с буроватым оттенком. В области очагов поражения кожа уплотненная и отечная.

Гистологически в очагах поражения большое количество предсуществующих и новообразованных сосудов, различного типа: капилляры, артериолы, венулы и лимфатические щели, находящиеся на разных стадиях дифференцировки. Многие тонкостенные сосуды резко расширены и переполнены кровью, образуют лакуны типа "красных озер". Местами выявляются очаги кровоизлияний и отложения гемосидерина. Имеются периваскулярные пролифераты разных размеров, состоящие из округлых клеток с крупными ядрами, среди которых можно видеть лимфоидные элементы, гистиоциты, плазмоциты и веретенообразные клетки с вытянутыми ядрами, располагающиеся в виде переплетающихся в различных направлениях тяжей.

1. Поставьте гистологический диагноз, определите гистогенез и дифференцировку.
2. Назовите этиопатогенетические факторы в развитии данной патологии.
3. Назовите морфологические варианты данной патологии.
4. Перечислите клинико-морфологические типы данной патологии.

Ситуационная задача № 30

У мужчины 23 лет на коже шеи, на уровне воротничка рубашки слегка возвышающееся пятно 0,2×0,5 см светло-коричневого цвета, которое за последние 2 месяца приобрело темно-коричневый цвет. Гистологически в базальном слое акантотических структур эпидермиса на уровне эпидермо-дермального соединения крупные гнезда, шаровидные структуры из мономорфных клеток с оптически пустой цитоплазмой, нечеткими границами. Кое-где содержат пылевидные мелкие зерна коричневого цвета. Редко встречаются одиночные митозы. Отдельные светлые клетки находятся в дерме.

1. Поставьте гистологический диагноз.
2. Назовите клинико-морфологические разновидности данной патологии.
3. Перечислите отличия невусных клеток от меланоцитов.
4. Назовите патологические процессы, с которыми дифференцируют данную патологию.

Ситуационная задача № 31

У мужчины 50 лет на коже нижней губы около 3-х месяцев назад появился и начал увеличиваться возвышающийся над кожей плотный узел серого цвета, достигнув 2 см в диаметре. На разрезе серо-розового цвета. Микроскопически – массивный кератоз, умеренно выраженный папилломатоз, резко выраженный акантоз в виде тяжелой многослойной плоской эпителии, разрастающегося до уровня потовых желез. В акантотических тяжах местами плохо различим базальный слой эпителии. В периферических отделах опухоли видна дезорганизация базального слоя, с ядерным полиморфизмом, много митозов. Встречаются участки менее дифференцированного эпителии шиповатого типа с мелкими базофильными кератоцитами, имеется кератинизация отдельных клеток, а также их групп с образованием гнезд дискератоза и роговых кист.

1. Поставьте гистологический диагноз.
2. Назовите предрасполагающие факторы.
3. Назовите наиболее частую локализацию данного новообразования.
4. Назовите патологические процессы, с которыми дифференцируют данную патологию.
5. Назовите разновидность данной опухоли, более неблагоприятную в прогностическом отношении.

Ситуационная задача № 32

У женщины 66 лет на коже лица новообразование, представленное пигментированной дольчатой бляшкой 2 см с телеангиэктазиями и изъязвлением на поверхности. Микроскопически видны тяжи и комплексы мелких интенсивно окрашенных клеток, напоминающих клетки базального слоя эпидермиса. Отмечается палисадообразное расположение опухолевых клеток, по периферии тяжа клетки имеют высокую призматическую форму, в толще его — полигональную. Кое-где видны межклеточные «мостики», изредка встречаются митозы. Скопления и тяжи опухолевых клеток «сползают» с базальных слоев эпителии, как капли, проникая в дерму.

1. Поставьте гистологический диагноз.
2. Назовите разновидность опухолевого процесса.
3. Назовите этиологические факторы заболевания.
4. Отметьте излюбленную локализацию данного новообразования.
5. Назовите возможный прогноз.

Ситуационная задача № 33

У женщины 55 лет на коже правого плеча в коричневом образовании 1см в диаметре, с шероховатой поверхностью, около месяца назад появилось изъязвление. При гистологическом исследовании эпидермис утолщен, с массивными акантоэпителиальными разрастаниями. Имеется кератоз с небольшими гнездами дискератоза. В базальном слое, а также в вышележащих слоях имеется большое количество полиморфных крупных клеток, содержащих меланин. Атипичные клетки имеют большие ядра с неровными контурами, с краевым (под ядерной мембраной) расположением хроматина, а также четко заметные эозинофильные ядрышки. Группы светлых клеток, с оптически пустой цитоплазмой обнаруживаются в сосочковом слое дермы, где имеется густой лимфоидноклеточный инфильтрат.

- 1.Поставьте гистологический диагноз.
- 2.Перечислите предрасполагающие факторы для развития данной патологии.
- 3.назовите стадии морфогенеза данной опухоли.
- 4.Назовите основные типы данной опухоли.

Ситуационная задача № 34

У женщины 30 лет увеличился паховый лимфатический узел справа, появилась умеренная болезненность. Антибактериальная терапия в течение 2-х недель – без эффекта. Выполнена биопсия пахового лимфатического узла справа. *Микроскопически*: рисунок строения лимфатического узла сохранен, капсула узла утолщена и склерозирована, на всем протяжении диффузно инфильтрирована лимфоцитами. Краевой синус почти на всем протяжении облитерирован, местами в нем обнаруживаются скопления В-клеток. Лимфоидные фолликулы полиморфны, содержат светлые центры с картиной «звездного неба». Межфолликулярные пространства расширены, в них обнаруживаются мелкие скопления эпителиодноклеточных гистиоцитов.

- 1.Поставьте гистологический диагноз.
- 2.Назовите разновидность патологического процесса.
- 3.Назовите клетку- источник злокачественной трансформации.
- 4.Назовите возможные факторы, способствующие развитию данной патологии.
- 5.Объясните морфологическую картину «звездного неба».

Ситуационная задача № 35

У больной 35 лет с жалобами на тахикардию, боли в области сердца при обследовании выявлено патологическое увеличение щитовидной железы. Макроскопически удаленные узлы щитовидной железы эластичной консистенции, желтовато-серого цвета на разрезе, зернистого вида. *При микроскопическом исследовании* фолликулы, выстланные цилиндрическим эпителием, имеется его пролиферация с образованием сосочков, ветвящихся внутри фолликулов неправильной, звездчатой формы, которые содержат коллоид. В строме лимфоидноклеточная инфильтрация с формированием лимфатических фолликулов с зародышевыми центрами.

- 1.Назовите разновидность опухолевого процесса в щитовидной железе.
- 2.Назовите гистологический вид опухоли.
- 3.Объясните механизм развития данной патологии.
- 4.Назовите осложнения и возможные причины смерти данного заболевания.

Ситуационная задача № 36

У женщины 50 лет с симптоматикой тиреотоксикоза, обнаружено опухолевидное образование щитовидной железы. Макроскопически узел неправильной округлой формы, с четкими границами, размерами 3 см, умеренной плотности, на разрезе пестрого вида, серо-желтого цвета, с кровоизлияниями, кистами и петрификатами.

При микроскопическом исследовании ткань щитовидной железы состоит из разного размера полостей, выстланных атипичным кубическим эпителием, образующим сосочковые разрастания. Эпителиа гипохромный, «пустые» ядра, лишённые ядрышек, ядра с вдавлениями, видны эозинофильные внутриядерные включения инвагинированной цитоплазмы и псаммомные тельца в середине сосочков. Местами сосочки врастают в стенку полостей и капсулу опухоли.

- 1.Назовите разновидность опухолевого процесса в щитовидной железе.
- 2.Назовите гистологический вид опухоли.
- 3.Назовите морфологические разновидности данной опухоли щитовидной железы.
- 4.Прогноз заболевания.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача № 1

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.
2. Высокодифференцированный плоскоклеточный рак с ороговением.
3. Хронический атрофический бронхит с плоскоклеточной метаплазией. Железистые полипы. Хронические заболевания бронхолегочной системы с выраженными рубцовыми изменениями.
4. Умеренно-дифференцированная аденокарцинома (без ороговения) –представлена тяжами и ячейками атипичных полигональных клеток с округлыми крупными ядрами и хорошо выраженными ядрышками. В ячейках может сохраняться базальная ориентация клеток.
5. Низко- дифференцированная аденокарцинома представлена пластинами округлых или овальных клеток, без тенденции к образованию слоистых структур.
6. Региональные лимфатические узлы.

Ситуационная задача № 2

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.
2. Умереннодифференцированная аденокарцинома.
3. Виды аденокарцином: ацинарная, тубулярная, железисто-солидная. Различаются по степени дифференцировки.
- 4.Пневмокониоз, характеризующийся прогрессирующим фиброзированием легочной ткани.
5. Пневмокониозы - хронические профессиональные заболевания легких, развивающиеся от вдыхания пыли и сопровождающиеся стойкой соединительнотканной реакцией легочной ткани, узелкового или интерстициального типа.

Ситуационная задача № 3

1. Хондроматозная гамартома. Доброкачественное опухолеподобное образование.
- 2.Дисэмбриональное происхождение.
- 3.Липоматозная; Лейомиоматозная; Фиброматозная; Ангиоматозная; Органоидная гамартома (имеется сочетание различных тканей).
4. Гамартома состоит из тех же компонентов, что и орган, где она находится, но отличается неправильным их расположением и степенью дифференцировки. В тератоме, содержится и чужеродные тканевые зачатки для данного органа.
5. Осложнения – обтурационный ателектаз, пневмония- в случае эндобронхиальной локализации.

Ситуационная задача № 4

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.
2. Бронхиолоальвеолярный рак.
3. Дифференциальный диагноз:
А) С бронхолегочной аденокарциномой, часто развивающейся на фоне рубцовых изменений, характеризующейся более выраженной стромой и полиморфизмом, наличием солидных участков.
Б) С метастазами в легкие аденокарциномы, общий признак с бронхиолоальвеолярным раком - множественные узлы. Необходимо иммуногистохимическое исследование, и исключить наличие первичной опухоли.

Ситуационная задача № 5

- 1.Аденокарцинома пищевода.
- 2.Хронический гастро-эзофагальный рефлюкс. Пищевод Барретта.
- 3.Нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера, обусловленное психогенной природой, связанное с алкоголизмом и особенностями диеты, ахалазией или хиатальной грыжей, состояниями после операций на желудке и пищеводе.
- 4.Появление цилиндрического эпителия в абдоминальном сегменте пищевода - на месте его обычной выстилки, имеющей эпидермоидный характер.

Ситуационная задача № 6

1. Злокачественная эпителиальная опухоль желудка (аденокарцинома).
2. Метастазы рака в печень. Гематогенное распространение опухоли.
3. Первичная злокачественная опухоль – чаще имеет одиночный характер, как правило, характеризуется нечеткостью границ узла, инфильтративным ростом.
4. Вторичная (метастатическая) злокачественная опухоль - множественные узлы различных размеров, с четкими границами, неправильной округлой или овальной формы.
5. Очаговая пневмония.

Ситуационная задача № 7

- 1.Нефробластома. (Злокачественная опухоль Вильмса).
- 2.Мутация генов, участвующих в регуляции развития первичного нефрона,
-семейный онкологический анамнез (один и более родственников, которые перенесли такое же заболевание),
-возраст родителей,
-риск развития опухоли у детей, чьи отцы работают на химических предприятиях,
·наличие врожденных дефектов: аниридия, наличие крупного языка, гемигипертрофия, недоразвитие половых органов, чаще у мальчиков.
- 3.Морфологический критерий нефробластомы - недифференцированная опухолевая ткань или нефрогенные структуры, имеющие разную степень дифференцировки, причем эпителиальные и соединительнотканнные элементы встречаются в различных сочетаниях.
- 4.Мультикистозные, тубулярные и фиброаденоматозные формы опухоли –благоприятный прогноз, светлоклеточная саркома и рабдоидная формы опухоли - имеют склонность к отдаленному метастазированию, особенно, в головной мозг.

Ситуационная задача № 8

- 1.Прогрессирующий железистый эндоцервикоз.
- 2.Дисгормональный процесс с преобладанием андрогенов, при изменении гормонального фона возможна передифференцировка эпителия.
- 3.Цервикальная эктопия шейки матки. Псевдоэрозия шейки матки.
4. Особенности эндоцервикоза (псевдоэрозии).
 - Гинекологическое заболевание после 25 лет
 - Частота у 60 - 70% женщин
 - Дефект слизистой оболочки отсутствует
 - Повышенное слизеобразование
 - Сопровождается воспалением
 - Нуждается в лечении
 - Относится к предраковому состоянию

Ситуационная задача №9

- 1.Эпидермизирующий эндоцервикоз.
- 2.При заживлении в очагах цервикальной эктопии происходит замена однослойного эпителия на многослойный эпителий с образованием зоны трансформации.
3. Зона трансформации – область между первоначальной и вновь образованной границей между плоским и железистым эпителием.
- 4.Эпителий зоны трансформации – под цервикальным эпителием располагаются несколько слоев резервных клеток.
- 5.Основная функция резервных клеток – регенераторная. Резервные клетки дифференцируются в МПЭ и ЦЭ,при менструальном цикле – регенерируют,в климактерическом периоде – резервные клетки – источник метаплазии и гиперплазии.

Ситуационная задача №10

- 1.Дисплазия шейки матки.
- 2.Причины дисплазии.
 - ВПЧ – вирус папилломы человека
 - Изменение сексуальной культуры
 - Раннее начало половой жизни (до 18 лет)
 - Роды в очень молодом (до16 лет) возрасте
 - Табакокурение
 - Репродуктивные токсиканты
- 3.Фоновые заболевания для дисплазии.
 - Эндоцервикоз
 - Полип
 - Эктопия
 - Метаплазии плоского эпителия
- 4.Исходы дисплазии.
 - Тяжелая дисплазия трансформируется в рак 40-60%
 - Беременность и дисплазия очень неблагоприятное сочетание.

Ситуационная задача №11

- 1.Неинвазивный рак шейки матки.
- 2.Внутриэпителиальный рак. Cancerinsitu. Характеризуется сохранением базальной мембраны.
- 3.При III степени дисплазии остается слой нормальных клеток.
- 4.Самая частая локализация рака шейки матки -зона стыка эпителиев.
5. Факторы, влияющие на локализацию зоны трансформации.
 - возраст
 - гормональный фон
 - воспалительные изменения

Ситуационная задача № 12

- 1.Лейкоплакия шейки матки.
2. Причины лейкоплакии шейки матки.
 - воспалительные процессы
 - нарушения иммунного статуса
 - гормональные нарушения
 - травма (частые аборты)
- 3.Нарушение менструального цикла: олигоменорея, контактные кровотечения у 30%, повышение ФСГ, снижение уровней ЛГ/ФСГ и прогестерона.
4. Неполноценная фаза секреции.

Ситуационная задача № 13

- 1.Высокодифференцированная аденокарцинома цервикального канала шейки матки.
- 2.Злокачественная эпителиальная опухоль.
3. Фоновые процессы для развития рака шейки матки:
 - Псевдоэрозии
 - Лейкоплакия
 - Полипы
 - Папилломы
 - Кондиломы
4. Достоверная причина рака шейки матки.

ВПЧ 16 и 18 типы, типы 31, 33,35 - возможные канцерогены.

5. Особенности развития рака шейки матки.

- не встречается у девственниц
- раннее начало половой жизни
- обилие и частая смена партнеров
- роды в очень молодом возрасте
- табакокурение
- применение барьерных и оральных контрацептивов

Ситуационная задача № 14

- 1.Простая железистая гиперплазия эндометрия.
- 2.Изменение гормонального фона: повышение уровня эстрогенов и уменьшение прогестерона.Предрасполагающие факторы: сахарный диабет, ожирение, болезни щитовидной железы, гипертония, миома матки, аборты и выскабливания матки, наследственность.
- 3.Тканевой атипизм.
- 4.Гиперэстрогемия способствует разрастанию клеток эндометрия.
- 5.В большинстве случаев подвергается регрессу после выскабливания полости матки.

Ситуационная задача № 15

1. Атипичическая железистая гиперплазия эндометрия.
2. Дисгормональное заболевание.
3. Тканевой и клеточный атипизм.
4. Период менопаузы - после 45 лет, связанный с физиологическим завершением менструального цикла и угасанием репродуктивной функции. Падает уровень половых гормонов, и внутри матки создаются благоприятные условия для развития патологии под влиянием дефицита прогестерона.
5. При отсутствии лечения в 30% случаев атипичическая железистая гиперплазия эндометрия переходит в аденокарциному.

Ситуационная задача № 16

1. Аденомиоз матки.
2. Опухолеподобный патологический процесс.
3. Внутриматочные вмешательства - диагностические выскабливания, аборт, ручное обследование полости матки после родов.
4. а) Метастатическая теория - под влиянием воспаления и гормональных нарушений эндотелий лимфатических сосудов и эпителий некоторых органов способен трансформироваться эндометриоподобную ткань.
б) Дизонтогенетическая теория - эндометриодная ткань формируется из аномально расположенных остатков мюллерова протока.
в) Имплантационная теория - имплантаты эндометрия перемещаются по фаллопиевым трубам до брюшины во время менструации.
5. Часто сочетается с железистой гиперплазией эндометрия.

Ситуационная задача № 17

1. Диффузная мастопатия.
2. Распространенные формы фиброзно-кистозной мастопатии:
 - простые фиброзно-кистозные заболевания,
 - эпителиальная гиперплазия,
 - склерозирующий аденоз.
3. Проллиферирующая протоковая и дольковая эпителиальная гиперплазия.
4. Разрастание соединительной ткани в виде белесоватых тяжей с кистами, внутри которых находится прозрачная жидкость.
5. Возможна малигнизация. Проллиферирующая эпителиальная гиперплазия относится к облигатному предраку.

Ситуационная задача № 18

1. Доброкачественная опухоль молочной железы.
2. Филлоидная опухоль.
3. Провоцирующие факторы: беременность, аборт, лактация, фиброзно-кистозная мастопатия, а также экстрагенитальные эндокринопатии и нарушения обмена - сахарный диабет, опухоли надпочечников, гипофиза и щитовидной железы, ожирение.
4. Пики выявления - гормонально активные переходные периоды жизни женщин: 11-20 лет и, наиболее часто, - 40 - 50 лет.
5. Характерен внезапный, быстрый рост, возможны множественные узлы в обеих молочных железах. После удаления нередко рецидивирует. Имеет высокий потенциал озлокачествления, малигнизация подвергается стромальный компонент - в 10% случаев переходит в саркому.

Ситуационная задача № 19

1. Доброкачественная эпителиальная опухоль яичника.
2. Серозная цистаденома.
3. Цилиоэпителиальная киста.
4. Опухоли поверхностного эпителия и стромы.
5. Из целома развиваются чаще злокачественные опухоли.
6. Серозная цистаденокарцинома.

Ситуационная задача № 20

1. Незрелая тератома
2. Относится к типу злокачественных герминогенных опухолей.
3. Развивается из зародышевых листков.
4. Растет быстро и нередко дает метастазы.
5. Дермоидная киста представлена однокамерной кистой с фиброзной стенкой содержит салыный материал и волосы, хрящевую ткань, с участками обызвествления, иногда зубы. Относится к зрелым тератомам.

Ситуационная задача № 21

1. Серозная цистаденокарцинома.
2. Злокачественная эпителиальная опухоль яичника.
3. Особенности опухолей яичников:
 - обладают мультицентрическим ростом,
 - характеризуются диссеминацией по брюшине,
 - в яичниках рак min размеров (макроскопически яичники не изменены), а диссеминация по брюшине обширная.
4. У 80% больных заболевание диагностируется на поздних стадиях, в следствии:
 - малосимптомности,
 - отсутствия способов ранней диагностики,
 - невозможности повторных биопсий,
 - грация опухоли по злокачественности очень условна.

Ситуационная задача № 22

1. Злокачественная эпителиальная опухоль эндометрия.
2. Низкодифференцированная аденокарцинома.
3. Гормонозависимый рак и автономный (негормонозависимый).
4. Выраженная депрессия Т-системы иммунитета на фоне нарушений адаптационного гомеостаза и гиперкортицизма.
5. Развивается в более старшем возрасте, без предшествующих гиперпластических процессов, на фоне атрофии эндометрия, в отсутствие гиперэстрогении и обменно-эндокринных нарушений.
Опухоль имеет низкую дифференцировку, низкую чувствительность к гормонотерапии, раннюю инвазию в миометрий и метастазирование.

Ситуационная задача № 23

1. Злокачественная эпителиальная опухоль эндометрия.
2. Высокодифференцированная аденокарцинома.
3. Факторы риска гормонозависимого рака тела матки: бесплодие, отсутствие родов в анамнезе, поздняя менопауза, ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, наследственная отягощенность по раку с эндокринно-метаболическим патогенезом, гормонопродуцирующие опухоли яичника.
4. Длительная гиперэстрогения.
5. Предшествует последовательное возникновение гиперпластических и предраковых процессов эндометрия. Высокодифференцированный рак.

Ситуационная задача № 24

1. Злокачественная опухоль яичника герминогенного происхождения.
2. Дисгерминома.
3. Течение менее агрессивное, по сравнению с опухолями этой группы, метастазы дает поздно.
4. Парааортальные лимфатические узлы и лимфатические узлы сальника, для исключения лимфогенных метастазов.
5. С доброкачественной опухолью - гонадобластомой.

Ситуационная задача № 25

1. Злокачественная опухоль яичка.
2. Семинома.
3. Дисгерминогенная опухоль. Источник развития - мономорфные зародышевые эпителиоциты.
4. а) Крипторхизм. У четверти всех пациентов с семиномой наблюдается данная аномалия.
б) Нарушения гормонального фона, ведущие к атрофии яичка.
в) В возрасте до десяти лет - из-за большой выработки гормонов андрогенов.

5.Имеет высокий потенциал к инвазии в придатки яичка и другие ткани мошонки. Опухоль интенсивно метастазирует лимфогенным и гематогенным путями.

Ситуационная задача № 26

1. Злокачественная опухоль яичка. Метастазы в легкие.

2. Хориоэпителиома.

3.Дисгерминогенная опухоль. Возникает она в тератобластоме из недифференцированных элементов, которые принимают черты трофобласта и синцитиотрофобласта.

4.Достоверный гистологический признак хориокарциномы это сочетание синцитиотрофобласта (встречается при семиномах, эмбриональном раке, тератоме) с цитотрофобластом.

5.Метастазирует хориоэпителиома яичка в забрюшинные лимфатические узлы, легкие, печень.

Ситуационная задача № 27

1.Светлоклеточная аденокарцинома шейки матки.

2.Злокачественная эпителиальная опухоль.

3.Трансплацентарный эстрогенный канцерогенез. Тератогенный эффект эстрогенов при лечении в сроки до 8 нед беременности, в период эмбриональной закладки нижнего отдела женских половых органов.

4.Поздняя диагностика связана с недостаточным обследованием и постановкой нередко, ошибочного диагноза «Ювенильное кровотечение».

5.Прогноз зависит от стадии опухолевого процесса. При неэффективности лечения обычно находят рецидивы в малом тазу и легочные метастазы.

Ситуационная задача № 28

1.Гестационная трофобластическая болезнь.

2 Хориоэпителиома.

3.Недостаточность цитолитического фермента - синцитиолизина, который в нормальных условиях способствует растворению циркулирующих в крови беременной элементов хориона. Возникает чаще после пузырного заноса, реже -после аборта или родов, имеют значение гормональные сдвиги.

4.Длительные кровопотери, интоксикация при хориоэпителиоме ведут к анемизации и угнетению гемопоэза.

5. Ранние гематогенные метастазы в различные органы: легкие, печень, почки, головной мозг, селезенку, а также влагалище. Разнообразная и ранняя клиника метастазов.

Ситуационная задача № 29

1.Саркома Капоши. Злокачественная опухоль сосудистого происхождения.

2. Этиопатогенетические факторы в развитии данной патологии:

-герпесвирус человека типа 8, вызывающий иммуносупрессивный и онкогенный эффект,

-ЦМВ, его тропность к эндотелиальным клеткам и онкогенный потенциал,

-Т-лимфотропный вирус (HTLV- III),

-эндогенная секреция специфического фактора роста опухолей (TGF).

3.Морфологические варианты саркомы Капоши:

-ангиоматозный,

-фибробластический

-смешанный.

4.Выделяют четыре типа саркомы Капоши:

-классический,

-эндемический (в некоторых странах Африки),

-иммуносупрессивный,

-эпидемический (при СПИДе).

Ситуационная задача № 30

1.Внутридермальный невус.

2-Пигментный невус.

-Пограничный (юнкциональный) невус

-Внутридермальный невус

-Дермоэпидермальный (сложный) невус

-Галоневус (невус Сеттона)

-Гигантский пигментный невус

-Эпителиоидный, или веретёноклеточный невус

-Голубой невус (синий невус Ядассона, монгольское пятно)

-Клеточный голубой невус

3.Отличия невусных клеток от меланоцитов:

-отсутствие отростков,

-способность группироваться в "гнезда,

-способность накапливать пигмент в цитоплазме,

-обладают тенденцией к миграции из базального слоя эпидермиса в дерму.

4.Трихозпителиома, базалиома, гиперплазия салных желез, нейрофиброма, доброкачественные меланоцитарные новообразования.

Ситуационная задача № 31

1.Ороговевающий плоскоклеточный рак.

2.Предраковые заболевания: пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра. Хронические воспалительные процессы: ожоги, лучевой дерматит; хроническая пиодермия; хроническая язва; дискоидная красная волчанка. Рубцовый процесс.

3.Наиболее частая локализация плоскоклеточного рака: лицо, нижняя губа, спинка носа, скуловая дуга, ушные раковины, открытые части тела.

4.Различные хронические воспалительные процессы (туберкулез, сифилис, глубокий микоз). Злокачественная меланома. Саркома кожи. Доброкачественные опухоли кожи (папилломы, фибромы).

5.Неороговевающий плоскоклеточный рак.

Ситуационная задача № 32

1.Базалиома.

2.Опухоль с местнодеструктивным ростом, обладает выраженным инфильтрирующим ростом, часто рецидивирует, но, как правило, не даёт метастазов.

3.Длительное пребывание на солнце, воздействие высоких температур и ионизирующего излучения, воздействие канцерогенных веществ, пожилой возраст, пониженный иммунитет.

4.Чаще всего поражаются носогубные складки, крылья носа, верхняя губа, внутренние и наружные уголки глаз, виски.

5.Прогноз благоприятный. В случае запущенных язвенных форм возможно прорастание базалиомой костей черепа, что значительно ухудшает прогноз.

Ситуационная задача № 33

1.Меланома.

2.Предрасполагающие факторы для развития данной патологии:

-наличие невуса (особенно диспластического);

-наследственная предрасположенность;

-ультрафиолетовое облучение;

-воздействие канцерогенов.

3.-Радиальный рост -распространение опухолевых клеток в эпидермисе и поверхностных слоях дермы.

-Вертикальный рост -атипичные меланоциты вырастают в глубокие слои дермы и обладают метастатическим потенциалом.

4.Основные типы данной опухоли:

-злокачественное лентиго,

-акральная лентигиозная меланома,

-меланома с поверхностным (радиальным) распространением,

-нодулярная меланома (с вертикальным ростом).

Ситуационная задача №34

1.Лимфома Беркитта.

2.Злокачественная опухоль регионарных лимфатических узлов.

3.Неопластическая трансформация В-лимфоцитов.

4. Инфицирование вирусом Эпштейн-Барра, связанное с генетическим дефектом иммунорегуляции. Ионизирующая радиация, химические канцерогены, неблагоприятные условия окружающей среды.

5. Высокая пролиферативная активность и выраженная гибель клеток, приводит к образованию большого количества апоптотических ядер и ядерных фрагментов, которые поглощаются макрофагами, создавая картину «звездного неба».

Ситуационная задача № 35

1. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса, Базедова).

2. Это органоспецифическое аутоиммунное заболевание.

3. Первичный дефицит и дефект CD8⁺ Т-лимфоцитов, способствующих образованию тиреостимулирующих иммуноглобулинов класса IgG. IgG. Связываются с рецепторами тиреоцитов, что приводит к увеличению выработки T₃ и T₄, диффузной пролиферации клеток фолликулов железы с развитием гипертиреоза.

4. Сердечно-сосудистая или острая надпочечниковая недостаточность (особенно после оперативного удаления части железы), присоединение вторичной инфекции, кахексия.

Ситуационная задача № 36

1. Злокачественная опухоль щитовидной железы.

2. Папиллярный рак.

3. Морфологические разновидности папиллярного рака щитовидной железы:

- Инкапсулированный — метастазы редки, прогноз хороший.

- Фолликулярный с выраженным инфильтративным ростом.

- Рак из высоких призматических эозинофильных клеток, (клетки Гюртля).

Характерно быстрое лимфо- и гематогенное метастазирование.

4. Метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи бывают редко, в единичных случаях выявляют гематогенные метастазы в лёгкие.

Тема 3 Болезни дыхательной системы. Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Пневмонии. Хронические неспецифические болезни легких. Болезни плевры.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости (тестирование, устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, решение ситуационных задач, реферат, доклад).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестовые задания

1. пневмония **ТОГЕННЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ХНЗЛ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:**

а) диффузного хронического обструктивного бронхита

б) бронхоэктатической болезни

в) фиброзирующего альвеолита

г) хронического абсцесса

д) хронической обструктивной эмфиземы

2. **БРОНХОЭКТАЗЫ-это СТОЙКОЕ РАСШИРЕНИЕ**

а) просвета альвеол

б) просвета одного или нескольких бронхов, содержащих хрящевые пластинки и железы, с разрушением собственной пластинки слизистой и мышечной пластинки

в) мелких бронхов

3. **ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ ВИДЫ БРОНХОЭКТАЗОВ:**

а) варикозные

б) цилиндрические

в) грибовидные

г) мешотчатые

д) звездчатые

4. **ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ:**

а) бронхопневмония

б) хроническая обструктивная эмфизема легких

в) хронический бронхит

г) бронхоэктатическая болезнь

д) бурая индурация легких

5. **В ОСНОВЕ ОБСТРУКТИВНЫХ ХНЗЛ ЛЕЖИТ:**

а) развитие воспаления и фиброза в интерстиции респираторного отдела

б) нарушение дренажной функции бронхов

в) прогрессирующая дыхательная недостаточность

г) увеличение сопротивления прохождению воздуха

6. **В ОСНОВЕ РЕСТРИКТИВНЫХ ХНЗЛ ЛЕЖИТ:**

а) развитие воспаления и фиброза в интерстиции респираторного отдела

б) нарушение дренажной функции бронхов

в) прогрессирующая дыхательная недостаточность

г) увеличение сопротивления прохождению воздуха

7. **Эмфизема легких может быть проявлением:**

а) хронического неспецифического воспалительного процесса легких

б) возрастных процессов

в) компенсаторно-приспособительных процессов

г) все ответы верны

д) все ответы неверны

8. **Висцеральный амилоидоз при ХНЗЛ является осложнением:**

а) бронхоэктатической болезни

б) обструктивной хронической эмфиземы легких

в) пневмосклероза и пневмофиброза

г) хронического абсцесса легких

9. **Гипертензия малого круга кровообращения и недостаточность гипертрофированного правого желудочка сердца развиваются при:**

а) бронхогенном механизме развития ХНЗЛ

б) пневмониогенном механизме развития ХНЗЛ

в) пневмонитогенном механизме развития ХНЗЛ

г) все ответы верны

д) все ответы неверны

10. **К ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЛЕГКИХ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:**

а) хронический диффузный бронхит с эмфиземой, пневмосклерозом и бронхоэктазами;

б) один из исходов и осложнений неразрешившейся острой пневмонии

в) изменения в легких в результате перенесенного легочного туберкулеза

г) пневмосклероз в результате злокачественной опухоли легкого

11. **УКАЖИТЕ, КАКИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ БРОНХОЭКТАЗОВ:**

а) перифокальное воспаление

б) растяжение ацинусов

в) карнификация

г) разрыв межальвеолярных перегородок.

12. **УКАЖИТЕ, КАКИЕ ВИДЫ АТЕЛЕКТАЗОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:**

1. Диффузного хронического бронхита

2. Хронической неспецифической пневмонии.

а) ателектаз крупноочаговый,

б) ателектаз мелкоочаговый

13. УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОЦЕССОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. Хронического бронхита

2. Хронической неспецифической пневмонии

а) формирование мешотчатых бронхоэктазов

б) диффузная эмфизема

в) сетчатый пневмосклероз

14. УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ЛЕГКИХ ПРИ ДИФфуЗНОМ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ:

а) мелкоочаговые ателектазы

б) крупноочаговый склероз

в) формирование деструктивных бронхоэктазов

г) сетчатый пневмосклероз

д) карнификация.

15. УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ПНЕВМОЦИРРозЕ:

а) растяжение ацинусов

б) крупноочаговый склероз,

в) карнификация,

г) фиброателектаз

16. УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ:

а) диффузная эмфизема

б) деструктивные бронхоэктазы

в) крупноочаговые ателектазы

г) пневмоцирроз

д) образование кавернозных полостей

е) мешотчатые бронхоэктазы

ё) развитие "легочного сердца".

17. НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ:

1. Диффузном бронхите

2. Хронической неспецифической пневмонии

а) сердечно-легочная недостаточность

б) амилоидный нефроз

в) гангрена легкого

г) легочные кровотечения.

18. УКАЖИТЕ, КАКИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЕТЧАТОГО ПНЕВМОСКЛЕРОЗА:

а) склероз межальвеолярных перегородок

б) периваскулярный склероз

в) фиброателектаз

г) карнификация.

19. К ПНЕВМОКОНИОЗАМ ОТНОСЯТСЯ БОЛЕЗНИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ:

а) промышленными ядами

б) действием физических факторов

в) инфекцией

г) промышленными пылями

20. ПРИЧИНОЙ СИЛИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПЫЛЬ, СОДЕРЖАЩАЯ:

а) двуокись кремния

б) частицы угля

в) тальк

г) силикаты

21. ДЛЯ АСБЕСТОЗА ХАРАКТЕРНО:

а) диффузный интерстициальный фиброз

б) асбестовые тельца

в) образование фиброзных плевральных бляшек

г) образование каверн

д) частое развитие бронхогенного рака и мезотелиомы плевры

22. К ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЛЕГКИХ ОТНОСЯТСЯ:

а) бронхиальная астма,

б) хронический обструктивный бронхит,

в) хроническая обструктивная эмфизема легких,

г) бронхоэктатическая болезнь,

д) хронические бронхолиты.

23. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ С РЕСТРИКТИВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ОТНОСЯТСЯ:

а) гранулематоз Вегенера,

б) микроскопический полиартериит,

в) саркоидоз,

г) хронический бронхолит,

д) фиброзирующий альвеолит при ревматических заболеваниях.

24. ВЫБРАТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА:

а) сложный,

б) простой,

в) деструктивный,

г) обструктивный.

25. ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ БРОНХЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ С БРОНХЭКТАЗАМИ ОДНИМ И ТЕМ ЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЕМ:

а) нет

б) да

26. ВЫБЕРИТЕ МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ТИПЫ БРОНХОЭКТАЗОВ:

а) линейные,

б) мешотчатые,

в) цилиндрические,

г) варикозные,

д) грушевидные.

27. ОСЛОЖНЕНИЯМИ БРОНХЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) вторичный амилоидоз,

б) легочное кровотечение,

в) хроническое легочное сердце,

г) хроническая левожелудочковая недостаточность,

д) абсцесс легкого.

28. ВЫБРАТЬ ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ:

а) викарная,

- б) идиопатическая,
- в) старческая,
- г) криптогенная,
- д) идиопатическая

29. МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) респираторный дистресс-синдром взрослых
- б) острый фиброзирующий альвеолит,
- в) обычный фиброзирующий альвеолит,
- г) обструктивный бронхит с карнифицирующейся пневмонией,
- д) десквамативная пневмония

30. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО:

- а) аденокарцинома,
- б) бронхиоло-альвеолярный,
- в) плоскоклеточный,
- г) мелкоклеточный,
- д) крупноклеточный.

31. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО:

- а) аденокарцинома,
- б) бронхиоло-альвеолярный,
- в) плоскоклеточный,
- г) мелкоклеточный,
- д) крупноклеточный.

32. ВЫБЕРИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАКА ЛЕГКОГО ПРЕДРАКОВЫЕ ПРОЦЕССЫ:

- а) плоскоклеточная метаплазия,
- б) атипичная аденоматозная гиперплазия,
- в) дисплазия бронхиального эпителия,
- г) гиперплазия нейроэндокринных клеток,
- д) аденоматозная гиперплазия.

33. ВАЖНЕЙШИМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) сердечная недостаточность,
- б) курение,
- в) гемосидероз легких,
- г) лимфостаз,
- д) профессиональные вредности — пыли.

34. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СТАДИЯМИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА (1-,2-) И ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НИХ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ (а, б, в, г, д):

- 1. Ранняя
- 2. Поздняя
- а) сотовое легкое,
- б) гиалиновые мембраны,
- в) тельца Массона,
- г) аденоматозная гиперплазия,
- д) интерстициальный фиброз.

35. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА:

- а) функциональные пробы,
- б) открытая биопсия легких,
- в) трансбронхиальная биопсия легких,
- г) компьютерная томография высокого разрешения,
- д) исследование лаважной жидкости.

36. ВЫБРАТЬ СТРУКТУРНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ САРКОИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ:

- а) очаг казеозный некроз,
- б) нейтрофилы,
- в) CD4+T-лимфоциты,
- г) фибробласты,
- д) эпителиоидные клетки.

37. ВОЗМОЖНЫМИ ИЗ НАЗВАННЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) уремия,
- б) кровотечение из вен пищевода,
- в) отек и набухание головного мозга,
- г) легочно-сердечная недостаточность.

38. БРОНХОЭКТАЗЫ ЭТО:

- а) расширение просвета альвеол.
- б) расширение просвета и увеличение размеров бронхиальных желез
- в) расширение бронхов
- г) все ответы верны

39. К ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЛЕГКИХ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

- а) хронический диффузный бронхит с эмфиземой, пневмосклерозом и бронхоэктазами
- б) один из исходов и осложнений неразрешившейся острой пневмонии
- в) изменения в легких в результате перенесенного легочного туберкулеза
- г) пневмосклероз в результате злокачественной опухоли легкого

40. В ОСНОВЕ ПНЕВМОНИИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПУТИ РАЗВИТИЯ ХНЗЛ ЛЕЖИТ:

- а) диффузный хронический обструктивный бронхит
- б) неразрешившаяся острая пневмония
- в) распадающийся рак легкого с обструкцией бронхов
- г) туберкулез легкого
- д) любой из указанных процессов
- е) все ответы неверны

Эталоны ответов к теме:

Болезни дыхательной системы. Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Пневмонии. Хронические неспецифические болезни легких. Болезни плевры

- | | | |
|--------------|---------------|------------------|
| 1. в | 15. б,в,г | 29. б,в,г,д |
| 2. б | 16. б,в,г,е,ё | 30. в |
| 3. а, б, г | 17. 1 аб; 2вг | 31. а |
| 4. б, в, г | 18. а,б,в | 32. а,б,в,г |
| 5. б, г | 19. г | 33. б,д |
| 6. а, в | 20. А | 34. 1б; 2а,в,г,д |
| 7. г | 21. а,б,в,д | 35. б,г,д |
| 8. а, г | 22. б,в,г,д | 36. в,г,д |
| 9. г | 23. а,б,в,д | 37. а,г |
| 10. а,б | 24. б,г | 38. в |
| 11. а | 25. а | 39. а,б |
| 12. 1а; 2б | 26. б,в,г | 40. б |
| 13. 1б,в; 2а | 27. а,б,в,д | |
| 14. б,в | 28. а,в,д | |

Вопросы для устного опроса.

- Инфекционно-воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Клинико-морфологическая характеристика острых и хронических форм ринита, синусита, аденоидита, ларингита и фарингита. Неинфекционные причины развития ларингита и трахеита. Местные и внутричерепные осложнения, системное воздействие на организм.
- Острый бронхит. Этиопатогенез, морфологические особенности различных форм, осложнения.
- Острые воспалительные заболевания респираторного отдела легких. Пневмония. Классификация. Этиология, патогенез, морфологические особенности бронхопневмонии.
- Крупозная пневмония. Этиология, патогенез, стадии развития, клинико-морфологические особенности. Деструктивные осложнения: абсцесс легкого, гангрена.
- Острая интерстициальная пневмония. Вирусная и микоплазменная пневмонии. Клинико-морфологическая характеристика, исходы.
- Хронические неспецифические заболевания легких. Причины развития. Механизм развития обструктивных и рестриктивных болезней легких.
- Хронический бронхит. Определение. Классификация. Клинико-морфологическая характеристика различных форм хронического бронхита, осложнения. ХОБЛ.
- Хроническая обструктивная эмфизема. Бронхиальная астма. Клинико-морфологическая характеристика. Осложнения.
- Рестриктивные заболевания легких. Определение, морфогенез хронических интерстициальных болезней легких. Классификация, причины развития.
- Пневмокониозы (антракоз, силикоз, асбестоз, бериллиоз). Пато-и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, причины смерти.
- Туберкулез легких. Клинико-морфологическая характеристика первичного, вторичного и гематогенного туберкулеза.
- Саркоидоз легких. Дифференциальная морфологическая характеристика гранулематозных заболеваний с поражением легких.
- Заболевания плевры специфического и неспецифического характера. Тканевые изменения при инфекционных, токсических и инфекционно-аллергических поражениях. Осложнения. Пневмоторакс, гидроторакс. Ателектаз и коллапс легкого.

Микропрепараты.

- Хронический катаральный бронхит. Окраска гематоксилином и эозином. Стенки бронхов утолщенные, окружаются прослойками соединительной ткани, отмечается деформация бронхов. Наличие слизистого или гнойного катарального воспаления и гиперплазией слизистых желез и бокаловидных клеток. В стенке бронха выражены клеточная воспалительная инфильтрация, разрастание грануляционной ткани.
- Хронический атрофический бронхит. Окраска гематоксилином и эозином. Стенки бронхов утолщены, окружены прослойками соединительной ткани, в стенке бронха выражены клеточная воспалительная инфильтрация, склероз и атрофия мышечного слоя. Гиперплазия слизистых желез, гиперплазии бокаловидных клеток бронхальной выстилки.
- Хронический атрофический бронхит с плоскоклеточной метаплазией. Окраска гематоксилином и эозином. Стенки бронхов утолщены, окружены прослойками соединительной ткани, деформация бронхов. Отмечается воспаление с метаплазией покровного эпителия и атрофией слизистых желез и бокаловидных клеток, склероз и атрофия мышечного слоя.
- Хронический бронхит с бронхоэктазами. Окраска гематоксилином и эозином. Стенки бронхов утолщены, окружаются прослойками соединительной ткани, отмечается деформация бронхов, расширения просветов бронхов, развитие в бронхах хронического гнойного катарального воспаления и гиперплазии слизистых желез и бокаловидных клеток. В стенке бронха выражены клеточная воспалительная инфильтрация, разрастание грануляционной ткани.
- Бронхоэктазы и пневмосклероз. Окраска гематоксилином и эозином. В просвете расширенного бронха содержатся лейкоциты, слизь, фибрин (1). Эпителий местами слущен, местами с признаками плоскоклеточной метаплазии (2). Базальная мембрана эпителия утолщена, гиалинизирована (3). В подслизистом слое - склероз, диффузный лимфо-макрофагальный инфильтрат с примесью нейтрофилов (4). Слизистые железы в зоне склероза атрофичны (5)
- Крупозная пневмония, стадия серого опеченения. Окраска гематоксилином и эозином. В легком видны альвеолы, заполненные фибрином, нейтрофилами, макрофагами с гемосидерином (а), спадение легочных капилляров (б).
- Карнификация легкого при крупозной пневмонии. Окраска гематоксилином и эозином. В легком видны альвеолы, заполненные грануляционной или соединительной тканью (а), замещающей фибринозный экссудат. Причина - осложнение крупозной пневмонии, в результате организации экссудата. Исход - пневмофиброз, развитие хронической сердечно-легочной недостаточности.
- Бронхопневмония. Окраска гематоксилином и эозином. В легком в слизистой оболочке мелкого бронха видна десквамация эпителия, отек, полнокровие сосудов, воспалительная инфильтрация, в просвете - скопление лейкоцитов (а), перибронхиально в прилежащих альвеолах виден экссудат, состоящий из слущенного альвеолярного эпителия, нейтрофилов, фибрина и единичных эритроцитов (б), окружающие альвеолы расширены, заполнены воздухом (в).
- Хроническая обструктивная эмфизема легкого. Окраска гематоксилином и эозином. Просветы респираторных бронхиол и альвеол расширены, альвеолярные перегородки выпрямлены, истончены (1). Замыкательные пластинки имеют вид булавовидных утолщений за счет гипертрофии гладкомышечных клеток (2). Стежки сосудов утолщены, склерозированы (3).
- Силикоз легкого. Окраска гематоксилином и эозином. В препарате найдите силикотические узелки. Силикотический узелок состоит из концентрических слоев коллагеновых волокон (1). Вокруг узелка имеется скопление клеток — лимфоцитов, макрофагов, фибробластов (2). В прилежащей ткани легкого — диффузный склероз (3). Обратите внимание на деструктивные изменения бронхов, альвеол.
- Туберкулез легкого. Окраска гематоксилином и эозином. а) в ткани лёгкого множественные очаги (туберкулёзные бугорки), казеозного некроза, б) вокруг некроза циркулярным слоем располагаются активированные макрофаги (эпителиоидные клетки), в) многоядерные гигантские клетки Пирогова-Ланганса, возникающие в результате слияния эпителиоидных клеток, г) внешние слои клеточного инфильтрата представлены лимфоцитами (Т-лимфоциты).

Макропрепараты.

- Бронхопневмония. - в легком на разрезе видны сливающиеся плотные безвоздушные очаги зернистого вида, в центре этих очагов — мелкий бронх, в просвете которого определяется сероватое мутное содержимое. Стенки более крупных бронхов утолщены, в просветах — сероватое мутное содержимое. Причина: бактерии, вирусы, патогенные грибы, редко — простейшие. Осложнение, исходы: легочные - карнификация легкого (от латинского сагпо — мясо) — организация экссудата; образование острого абсцесса или гангрены легкого; эмпиема плевры; внелегочные связаны с возможностью распро-странения инфекции по лимфогенным и кровеносным путям - при лимфогенной генерализации возникают гнойный медиастенит и перикардит, при гематогенной — метастатические абсцессы в головном мозге, гнойный менингит, острый язвенный и полипозно-язвенный эндокардит, чаще трехстворчатого клапана, гнойный артрит, перитонит и др
- Крупозная пневмония (стадия серого опеченения): доля легкого увеличена в размерах, на разрезе серого цвета, зернистого вида. Плевра тусклая, покрыта серо-желтым налетом фибрина. Причина - пневмококками типов 1, 2 и 3, реже диплобациллой Фридрихера (клебсиеллой). Осложнения: легочные - карнификация легкого (от латинского сагпо — мясо) — организация экссудата; образование острого абсцесса или гангрены легкого; эмпиема плевры; внелегочные связаны с возможностью распро-странения инфекции по лимфогенным и кровеносным путям - при лимфогенной генерализации возникают гнойный медиастенит и перикардит, при гематогенной — метастатические абсцессы в головном мозге, гнойный менингит, острый язвенный и полипозно-язвенный эндокардит, чаще трехстворчатого клапана, гнойный артрит, пери-онит.
- Абсцесс легкого - В средней доле легкого видна округлая полость с хорошо выраженной беловато-серой стен-кой, в полости — зеленовато-серое густое содержимое. В окружающей легочной ткани имеются сливающиеся сероватые очаги зернистого вида.

Причина: осложнение острой пневмонии.

Осложнения и исходы: развитие хронического абсцесса, эмпиемы плевры, внелегочных гнойных осложнений и др

4. Бронхоэктазы - в представленном фрагменте легкого бронх резко расширен в виде мешочков или цилиндров, стенки их утолщены, белесоватые, в просветах определяется сероватое густое содержимое — гной. Стенки мелких бронхов выступают над поверхностью разреза, в ткани легкого видны тонкие прослойки белой плотной ткани, формирующие сетчатый рисунок (диффузный сетчатый пневмосклероз).

Причины: хронический обструктивный бронхит, бронхоэктатическая болезнь, бронхопневмония.

Осложнения и исходы: легочное кровотечение, абсцесс легкого, эмпиема плевры, хроническая легочно-сердечная недостаточность, вторичный АА- амилоидоз, абсцессы головного мозга

5. Эмфизема легких. - легкие увеличены в размерах, прикрывают своими краями переднее средостение, вздутые, бледные, мягкие, не спадаются, режутся с хрустом. Причины: генетическая предрасположенность, хронический неспецифический воспалительный процесс в легких, старческий возраст и др. Осложнения и исходы: развитие легочной гипертензии, гипертрофия правого желудочка и развития легочного сердца, развитие легочно-сердечной недостаточности
6. Силкиоз легких. доля легкого уплотнена, на разрезе видны зачерненные плотные рубцы, в центре отдельных рубцов видны полости, возникшие на месте местного ишемического некроза. Причина- аспирация частиц кварцевой пыли. Осложнения и исходы: пневмосклероз, развитие легочного сердца.
7. Периферический рак легкого. В верхушке легкого виден узел округлой формы с четкими границами, на разрезе серо-белого цвета, с кровоизлияниями и некрозами. Причины: влияние различных онкогенных факторов. Исход: неблагоприятный
8. Центральный рак легкого. . В области корня левого легкого виден узел серо-розового цвета, без четких контуров, от узла в ткань легкого врастают тяжи сероватой ткани. Лимфатические узлы корня легкого увеличены в размерах, на разрезе серо-розовые с вкраплениями угольной пыли черного цвета. Причины: влияние различных онкогенных факторов. Осложнения и исходы: легочное кровотечение, исход неблагоприятный.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

Труп мужчины на вид около 60 лет с выраженным диффузным акроцианозом, отеками ног. Мягкая мозговая оболочка с венозным застойным полнокровием. Сердце массой 310 гр., толщиной миокарда левого желудочка 1,2 см., правого 0,6 см. Полости правого предсердия и желудочка расширены, переполнены красными посмертными свертками крови. Плевральные полости облитерированы. В легких стенки бронхи резко утолщены, не спадаются и выступают над поверхностью разреза в виде «гусиных перьев», в просвете слизисто-гнойное содержимое, периваскулярное разрастание соединительной ткани. Верхушки легких повышенной воздушности, в базальных отделах - тонкостенные пузыри. Печень увеличена, плотная, пестрого вида- на коричнево-желтоватом фоне красные вкрапления. В селезенке и почках венозное полнокровие. *Микроскопически:* в просвете бронха лейкоциты, слизь, фибрин, эпителий местами слущен, местами с признаками плоскоклеточной метаплазии, в подслизистом слое - склероз, диффузный лимфо-макрофагальный инфильтрат с примесью нейтрофилов, слизистые железы гиперплазированы. Просветы респираторных бронхов и альвеол расширены, альвеолярные перегородки выпрямлены, истончены, местами разрушены образующие полости. Стенки сосудов утолщены, склерозированы. Мышечные волокна правого сердца с гипертрофией кардиомиоцитов, склерозом стромы. В печени венозное полнокровие, жировая дистрофия гепатоцитов, кровоизлияния в центре печеночных долек.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите осложнение основного заболевания.
3. Объясните механизм развития осложнений.
4. Клинико-морфологические проявления правожелудочковой недостаточности.
5. Назовите причину смерти больного.

Ситуационная задача №2

Труп мужчины 32 года. Из истории болезни известно, что злоупотребляет алкоголем, заболел остро, поднялась температура до 39° С, в стационар поступил на 3 день заболевания. На 9 день пребывания в стационаре у него появилась обильная мокрота с запахом. Смерть от острой сердечной недостаточности.

При вскрытии: головной мозг массой 1227 гр., сердце массой 310 гр., дряблой консистенции, тусклого вида с расширенными полостями, толщиной миокарда левого желудочка 1,2 см., правого - 0,3 см. Обе верхние доли легких уплотнены до печеночной консистенции, серовато-красные. В центрах обеих долей формирующиеся вследствие распада тканей полости, содержащие жидкий коричневого цвета зловонный гной.

Микроскопически: в просвете альвеол легких большое количество распадающихся нейтрофилов, эритроцитов, фибрин; ткань из центральных долей некротизирована, распадающаяся. В сердце фрагментация миокардиоцитов, отек стромы, нарушение в сосудах микроциркуляции.

1. Назовите основное заболевание, его стадию.
2. Назовите возникшее легочное осложнение.
3. Перечислите возможные причины и механизм развития осложнения.
4. Чем объясняется развитие патологических изменений в сердце.
5. Назовите возможные причины смерти при прогрессировании заболевания.

Ситуационная задача №3

Мужчина 40 лет обратился в больницу с жалобами на кашель с большим количеством слизистой мокроты. Обследование выявило в левом легком множественные узлы разной величины с нечеткими контурами «облаковидные».

Микроскопически: полиморфные опухолевые клетки растут по стенкам предшествующих альвеол, формируя в некоторых участках сосочки с хорошо выраженной стромой. На отдельных участках к стенкам альвеол, растянутых слизистым содержимым, прикреплены группы опухолевых клеток, среди которых встречаются перстневидные клетки.

1. Определите форму опухолевого поражения легких.
2. Поставьте гистологический диагноз.
3. С чем необходимо дифференцировать данный патологический процесс

Ситуационная задача №4

У мужчины 40 лет появились общая слабость, кашель с мокротой, повышение температуры тела до 38,5 градусов, повышенная потливость. В крови повышение СОЭ, лимфопения, моноцитоз. Выполнена рентгенография органов грудной клетки. Обнаружено: расширение средостения за счет увеличения размеров трахеобронхиальных лимфатических узлов. Антибактериальная терапия – без эффекта. Выполнена торакоскопия с биопсией лимфатических узлов. *Микроскопически:* в ткани лимфатических узлов очаги специфического продуктивного воспаления с обширными зонами казеозного некроза и лимфоклеточной инфильтрацией, наличием кальцинатов. При окрашивании по Цилю-Нельсену в макрофагах обнаружены многочисленные кислотоустойчивые палочки.

1. Назовите основное заболевание, его форму.
2. О чем могут свидетельствовать кальцинаты в пораженных лимфатических узлах.
3. Перечислите возможные осложнения данной патологии.
4. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача №5

У женщины 30 лет появился непродуктивный кашель, незначительная одышка, повышение температуры тела до 37,5 градусов Цельсия. Выполнена рентгенография органов грудной клетки. Обнаружено увеличение в размерах лимфоузлов средостения. Из анамнеза известно, что точно такое же увеличение лимфоузлов средостения было зафиксировано 1 год назад при плановом диспансерном обследовании. Лечение не получал. Выполнена торакоскопия с биопсией лимфоузла средостения. *Микроскопически:* рисунок строения лимфатического узла изменен многочисленными сливающимися «штампованными» округлыми гранулемами, образованными эпителиоидными клетками. Гранулемы, кроме эпителиоидных клеток, содержат немногочисленные гигантские многоядерные клетки. В некоторых гигантских клетках отчетливо видны слоистые базофильные структуры – конхоидные тельца. Очаги некрозов в гранулемах не обнаруживаются.

1. Назовите основное заболевание, его форму.
2. Назовите стадии и формы данной патологии легких.
3. Объясните природу конхоидных телец.
4. Перечислите возможные осложнения заболевания легких.
5. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача №6

Труп ребенка 1,5 года истощенного. *При вскрытии:* в правом легком под плеврой патологический очаг бело-желтого цвета около 2 см. Лимфатические узлы корней легких увеличены до 2 см. в поперечнике, с подобными участками бело-желтого цвета, консистенции свежего, мягкого творога. Ткань обоих легких отечная, во всех отделах видны множественные мелкие белесоватые очаги размерами с просеянное зерно. Такие же очажки имеются в брюшине, плевре и мозговой оболочке, которая утолщена, желатиноподобного вида.

При микроскопическом исследовании мелкие очажки представлены гранулемами, в центре которых некроз и инфильтрация эпителиоидными клетками по периферии. Очаг под плеврой и ткань лимфатического узла ворот корня легкого представлены казеозным некрозом.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите клинико-морфологическую форму прогрессирования данной патологии.
3. Назовите морфологический субстрат основного заболевания.
4. Назовите гистологический патогномичный признак данного заболевания.
5. Назовите причину смерти.

Ситуационная задача №7

В реанимационное отделение с приступом удушья доставлен ребёнок 9 лет. В гортани и трахеи обнаружены серо-жёлтые легко отделяющиеся плёнки, obtурирующие просвет. После операции трахеостомии дыхание было восстановлено, но через неделю повысилась температура тела до 37,5 С, появился кашель со слизисто-гношной мокротой, в лёгких стали выслушиваться влажные хрипы.

1. Назовите основное заболевание, его форму.
2. Назовите осложнение основного заболевания и его составляющие.
3. Назовите патологический процесс, способствующий ухудшению состояния ребенка, объясните механизм его развития.
4. Назовите редко встречающиеся формы заболевания.
5. Перечислите возможные общие осложнения основного заболевания.

Ситуационная задача №8

У ребёнка 5 лет появились боли в горле, повысилась температура тела. На 2-й день от начала заболевания выявлена мелкоочечная ярко-красная сыпь, покрывающая поверхность тела, за исключением носогубного треугольника. При осмотре горла - ярко-красные зев, малиновый язык, миндалины увеличены, на поверхности сероватая пленка, плотна соединенная с подлежащей тканью, после отторжения которой остаются глубокие дефекты - язвы, некоторые с гнойным расплавлением. В перитонзиллярной ткани — отек, мелкие кровоизлияния.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите воспалительную тканевую реакцию в месте входных ворот.
3. Назовите заболевания с экзантемой, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Назовите формы тяжелого течения болезни и их проявления.

Ситуационная задача №9

У девочки 15 лет поднялась температура, появились боли в горле, миндалины воспалились по типу фолликулярной ангины. В крови уровень гемоглобина, количество эритроцитов и ретикулоцитов снижены, количество лейкоцитов повышено. Увеличились шейные лимфатические узлы, селезенка и печень. Появилась розеолезная сыпь на лице, туловище, конечностях, на слизистых оболочках петехиальные кровоизлияния, мелена. Девочка умерла. На вскрытии: увеличение периферических и висцеральных лимфатических узлов, селезенки и печени. Глоточные миндалины увеличены, слизистая оболочка зева гиперемирована с кровоизлияниями. *При микроскопическом исследовании* лимфатических узлов и селезенки наличие крупных лимфобластных клеток с большим количеством митозов. В междольковой соединительной ткани печени – обильные инфильтраты из крупных мононуклеарных клеток.

1. Назовите основное заболевание, его форму.
2. Назовите характерный признак в формуле крови при этом заболевании.
3. Объясните, чем обусловлено развитие кровоизлияний.
4. Назовите цитогенетические прогностические признаки при данной патологии.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1

1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Хронический обструктивный бронхит. Буллезная эмфизема легких. Пневмосклероз.
2. Хроническое легочное сердце.
3. Склероз легочных сосудов и пневмосклероз приводят к развитию гипертензии малого круга кровообращения и гипертрофии правого желудочка сердца. Развивается прогрессирующая правожелудочковая недостаточность.
4. Хроническое венозное полнокровие паренхиматозных органов в большом круге кровообращения: мускатная печень, цианотическая индурация почек и селезенки, отеки.
5. Хроническая сердечно-легочная недостаточность.

Ситуационная задача №2

1. Крупозная пневмония, стадия серого опеченения.
2. Гангрена легкого.
3. Этиопатогенез гангрены: снижение иммунологической реактивности организма, инфицирование дыхательных путей аэробной микробной флорой в сочетании с нарушением легочного кровообращения на фоне хронической алкогольной интоксикации.
4. Патологические изменения в сердце связаны с глубокой интоксикацией организма.
5. Легочное кровотечение, пиопневмоторакс, сепсис, абсцессы мозга.

Ситуационная задача №3

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.
2. Бронхиолоальвеолярный рак.
3. Дифференциальный диагноз:
А) С бронхолегочной аденокарциномой, часто развивающейся на фоне рубцовых изменений, характеризующейся более выраженной стромой и полиморфизмом, наличием солидных участков.
Б) С метастазами в легкие аденокарциномы, общий признак с бронхиолоальвеолярным раком - множественные узлы. Необходимо иммуногистохимическое исследование, и исключить наличие первичной опухоли.

Ситуационная задача №4

1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Активная форма.
2. О рецидиве туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов вследствие обострения остаточных изменений после перенесенного первичного туберкулеза.
3. Инфильтративно-продуктивные изменения стенки бронха, лимфобронхиальные свищи, свищи трахеи, рубцы деформирующие просвет бронхов, неспецифический катаральный эндобронхит, ателектатически-пневмонические процессы, экссудативный плеврит, диссеминация в легкие.
4. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов необходимо дифференцировать с лимфогранулематозом, лимфосаркомой и саркоидозом.

Ситуационная задача №5

1. Саркоидоз. Медиастинально-легочная форма.
2. Стадия I – (лимфофелезистая форма)- двустороннее, чаще асимметричное увеличение бронхопульмональных, реже трахеобронхиальных, бифуркационных и паратрахеальных лимфоузлов.
Стадия II – (медиастинально-легочная форма) - двусторонняя диссеминация с инфильтрацией легочной ткани и поражением внутригрудных лимфоузлов.
Стадия III (легочная форма) – выраженный пневмосклероз (фиброз) легочной ткани.
3. Конхоидные тельца (пластинчатые включения Шауманна) – кальций содержащие включения, образующие концентрические кольца в цитоплазме гигантских клеток.
4. Возможные осложнения саркоидоза легких:
- эмфизема, бронхообструктивный синдром, дыхательная недостаточность, легочное сердце, присоединение туберкулеза, аспергиллеза и неспецифических инфекций, диффузный интерстициальный пневмосклероз - "сотовое легкое".
5. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов необходимо дифференцировать с туберкулезом, лимфогранулематозом, лимфосаркомой.

Ситуационная задача №6

1. Первичный туберкулез легких.
2. Острый милиарный гематогенно-диссеминированный генерализованный туберкулез.
3. Первичный туберкулезный комплекс: первичный аффект, лимфангит и регионарный лимфаденит.
4. Специфическая гранулема.
5. Туберкулезный менингит.

Ситуационная задача №7

1. Дифтерия гортани и трахеи.
2. Истинный круп гортани: рефлекторный спазм, отек, механическая закупорка фибринозной пленкой.
3. Аспирационная пневмония развивается нисходящим путем, вследствие попадания в респираторный отдел легкого инфицированных пленок.
4. Дифтерия носа.
Дифтерия половых органов.

Дифтерия глаз.

Дифтерия кожи.

Комбинированные формы.

5. Инфекционно-токсический шок, миокардиты, моно- и полиневриты, включая поражения черепных, периферических нервов и полирадикулоневропатию, поражения надпочечников, токсический нефроз.

Ситуационная задача №8

1. Скарлатина.

2. Фибринозно-гнойно-некротическая тканевая реакция.

3. Псевдотуберкулез, стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом, корь, краснуха, инфекционный мононуклеоз, энтеровирусная инфекция, ветряная оспа, аллергический дерматит.

4. -Токсическая форма – температура до 40° и выше, многократная рвота, нередко понос, судороги, прогрессирующая сердечно - сосудистая недостаточность.

-Септическая форма - некротическая ангина и фарингит, лимфаденит, аденофлегмона и гнойные осложнения со стороны ушей, придаточных полостей, суставов, поражение сердца, почек, гнойные плевриты, нередко сепсис.

-Токсико-септическая форма.

Ситуационная задача №9

1. Острый лимфобластный лейкоз.

2. "Лейкемический провал": наличие бластных клеток при отсутствии промежуточных форм созревания - миелоцитов и метамиелоцитов в формуле крови.

3. Геморрагический синдром связан с тромбоцитопенией и с внутрисосудистым тромбозом, особенно при гиперлейкоцитозе.

4. Определение количества хромосом и их структурные изменения в лейкозных клетках: обнаружение филадельфийской хромосомы (Ph-хромосома) - цитогенетической аномалии, характеризующейся делецией или транслокацией 22q11, считается неблагоприятным прогностическим признаком.

Гиперплоидия или ДНК-индекс (соотношение количества ДНК в лейкозных клетках и в клетках с нормальным диплоидным кариотипом) ассоциируется с хорошим прогнозом.

Тема 4 Болезни пищеварительной системы. Заболевания зева и глотки. Заболевания пищевода. Гастриты. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

Болезни кишечника.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости (*устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, решение ситуационных задач, реферат, доклад*).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестовые задания

1. ПРИ ОСТРОМ КАТАРАЛЬНОМ ГАСТРИТЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

- а) утолщение слизистой
- б) атрофия желез
- в) множественные эрозии
- г) склероз слизистой
- д) нейтрофильная инфильтрация слизистой
- е) лимфоидная инфильтрация слизистой

2. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ОСТРОГО ГАСТРИТА МОЖНО ОТНЕСТИ:

- а) фибринозный
- б) атрофический
- в) гипертрофический
- г) катаральный
- д) коррозивный

3. Изменения эпителия при хроническом гастрите:

- а) атрофия
- б) дисплазия
- в) кишечная метаплазия
- г) гиперплазия
- д) атипия

4. ВЫБЕРИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА А:

- а) преимущественная локализация - антральный отдел
- б) в крови аутоантитела к париетальным клеткам
- в) *helicobacter pylori*- основной этиологический фактор
- г) сопровождается гиперплазией G-клетки гастринемией
- д) часто сочетается с пернициозной анемией
- е) локализуется в фундальном отделе
- ж) рефлюкс дуоденального содержимого в желудок - основа патогенеза

5. Патогенез пернициозной анемии у больного аутоиммунным гастритом:

- а) прекращение выработки HCL
- б) продукция антител к *Helicobacter pylori*
- в) продукция антител к париетальным клеткам
- г) продукция антител к внутреннему фактору
- д) разрушение желез и атрофия слизистой оболочки

6. ВЫБЕРИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА В:

- а) преимущественная локализация - антральный отдел
- б) в крови аутоантитела к париетальным клеткам
- в) *helicobacter pylori*- основной этиологический фактор
- г) сопровождается гиперплазией G-клетки гастринемией
- д) часто сочетается с пернициозной анемией
- е) локализуется в фундальном отделе
- ж) рефлюкс дуоденального содержимого в желудок - основа патогенеза

7. ОСТРЫЕ ЭРОЗИИ В ЖЕЛУДКЕ ЭТО:

- а) воспаление слизистой оболочки
- б) некроз слизистой оболочки, не затрагивающий мышечную пластинку
- в) атрофия слизистой оболочки
- д) склероз слизистой оболочки
- е) некроз, захватывающий мышечный слой

8. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ:

- а) часто возникает у больных алкоголизмом
- б) слизистая оболочка не изменена
- в) диффузная лимфоидно-плазмочитарная инфильтрация с значительной примесью ПЯЛ
- г) фокусы пилорической и кишечной метаплазии
- д) повышенная кислотность желудочного сока

9. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) воспаление слизистой оболочки желудка
- б) эрозии слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки
- в) острая язва желудка и двенадцатиперстной кишки
- г) хроническая рецидивирующая язва желудка и двенадцатиперстной кишки
- д) воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки

10. Склеротическая деформация желудка исход:

- а) катарального гастрита
- б) дифтеритического гастрита

- в) коррозивного гастрита
 - г) флегмонозного гастрита
11. Значение хронического атрофического гастрита как предракового заболевания определяется:
- а) лимфоплазмоцитарной инфильтрацией
 - б) склеротическими процессами
 - в) структурной перестройкой эпителия (кишечная метаплазия)
 - г) все ответы верны
 - д) все ответы неверны
12. Ульцерогенные промоторы:
- а) кортикостероиды
 - б) стресс
 - в) аспирин
 - г) курение
 - д) повышение тонуса блуждающего нерва
13. К язвенной болезни желудка относятся:
- а) эндокринные язвы желудка
 - б) аллергические язвы
 - в) пептические
 - г) послеоперационные язвы
 - д) туберкулезные язвы
14. К местным факторам развития язвенной болезни желудка относят:
- а) повышение агрессивности желудочного сока
 - б) кампилобактерии
 - в) наличие хронического гастрита
 - г) нарушение кровообращения
 - д) все ответы верны
 - е) все ответы неверны
15. Причины развития острой язвы желудка:
- а) кортикостероиды
 - б) стресс
 - в) аспирин
 - г) курение
 - д) повышение тонуса блуждающего нерва
16. ВЫБЕРИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ Острой язвы желудка:
- а) воронкообразная форма
 - б) форма усеченной пирамиды на поперечном срезе
 - в) мягкие неровные края
 - г) плотные оmozолелые края
 - д) дно язвы по мере очищения окрашено солянокислым гематином в черный цвет
 - е) край язвы, обращенный к привратнику, имеет вид террасы, кардиальный край подрыт
 - ж) язвы множественные
17. ВЫБЕРИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ хронической язвы желудка:
- а) воронкообразная форма
 - б) форма усеченной пирамиды на поперечном срезе
 - в) мягкие неровные края
 - г) плотные оmozолелые края
 - д) дно язвы по мере очищения окрашено солянокислым гематином в черный цвет
 - е) край язвы, обращенный к привратнику, имеет вид террасы, кардиальный край подрыт
 - ж) язвы множественные
18. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА В ПЕРИОД РЕМИССИИ ХАРАКТЕРНО:
- а) наличие экссудата на поверхности
 - б) рубцовая ткань прерывает мышечную на разную глубину
 - в) эндоваккулит
 - г) фибриноидные изменения в дне и сосудах
 - д) эпителизация поверхности
19. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:
- а) наличие фибринозно-гнойного экссудата на поверхности
 - б) рубцовая ткань прерывает мышечную на разной глубине
 - в) эндоваккулит
 - г) фибриноидные изменения в стенках сосудов и в дне язвы
 - д) самая глубоко располагающаяся зона язвы представлена грубоволокнистой рубцовой тканью
20. Кровотечение при язвенной болезни по механизму является:
- а) аррозивным
 - б) диапедезным
 - в) в результате разрыва сосуда
 - г) в результате гнойного расплавления
21. Хлоргидропеническая уремия результат:
- а) кровотечения из язвы
 - б) хронического нефрита
 - в) пенетрации язвы
 - г) рубцового стеноза привратника
 - д) все ответы верны
 - е) все ответы неверны
22. Перитонит, осложнивший хроническую язву результат:
- а) пенетрации
 - б) перфорации
 - в) гастрита
 - г) дуоденита
 - д) рубцового стеноза привратника
23. Осложнения хронической язвы:
- а) пенетрации
 - б) перфорации
 - в) эмпиема
 - г) гиперкальцемиа
 - д) рубцовый стеноз и деформация стенки
 - е) кровотечение
24. Виды гастропатий:
- а) болезнь Менъера
 - б) болезнь Менетрие
 - в) синдром Вернике

- г) синдром Золлингера-Эллисона
- д) гипертрофическая гиперсекреторная гастропатия

25. Гистологические признаки гастропатий:

- а) гипертрофия слизистой оболочки желудка
- б) атрофия слизистой оболочки желудка
- в) гиперплазия покровно-ямочного эпителия
- г) гиперплазия железистого эпителия
- д) выраженный склероз

26. Морфологические признаки воспалительного полипа:

- а) воспалительный инфильтрат в строме
- б) атипические клетки
- в) без четкой дифференциации на ножку и тело
- г) дисплазия железистого эпителия
- д) эрозивное повреждение поверхности

27. Доброкачественные опухоли желудка:

- а) ангиосаркома
- б) аденома
- в) лейомиома
- г) аденокарцинома
- д) гиперплазиогенный полип

28. Фоном для развития аденомы желудка является гастрит вида:

- а) хронический поверхностный
- б) острый эрозивно-геморрагический
- в) острый фибринозный
- г) хронический с энтеролизацией

29. Аденома это:

- а) доброкачественная опухоль из железистого эпителия
- б) злокачественная опухоль из железистого эпителия
- в) эпидермальный рак
- г) злокачественная опухоль из переходноклеточного эпителия
- д) доброкачественная опухоль из плоского эпителия

30. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТ:

- а) поверхностный гастрит
- б) хроническая язва желудка
- в) острый эрозивный гастрит
- г) хронический атрофический гастрит
- д) аденоматозные полипы

31. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РАКА ЖЕЛУДКА:

- а) аденокарцинома
- б) саркома
- в) перстневидноклеточный
- г) недифференцированный
- д) скирр

32. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА ИНТЕСТИНАЛЬНОГО ТИПА:

- а) встречается чаще в возрасте до 30 лет
- б) имеет высокую степень дифференцировки
- в) развивается на фоне хронического гастрита
- г) в 2 раза чаще поражает мужчин
- д) развивается из метаплазированных эпителиоцитов

33. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА ДИФFUЗНОГО ТИПА:

- а) развивается из эпителиоцитов
- б) возникает в относительно молодом возрасте
- в) гистологически - перстневидно-клеточный
- г) возникает на фоне хронического гастрита
- д) имеет низкую степень дифференцировки

34. ВЫБЕРИТЕ ОДИН ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА:

- а) гистологический вариант
- б) макроскопическая форма
- в) глубина инвазии
- г) слизееобразование
- д) вторичные изменения

35. МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИПОВИДНОГО РАКА ЖЕЛУДКА:

- а) атипические железистые структуры причудливой формы
- б) перстневидные клетки
- в) обилие слизи в просвете желез
- г) атипичные полиморфные клетки с крупными гиперхромными ядрами
- д) атипические клетки, отличающиеся мономорфизмом

36. МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРСТНЕВИДНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ЖЕЛУДКА:

- а) характерны обширные кровоизлияния
- б) атипичные клетки, с ядром смещенным к клеточной мембране
- в) низкодифференцированные клетки с очень крупными гиперхромными ядрами неправильной формы
- г) атипические железистые структуры
- д) в стенке массивный склероз и гиалиноз

37. МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКИРРОЗНОГО РАКА ЖЕЛУДКА:

- а) атипические клетки с крупными ядрами располагаются группами
- б) атипические клетки формируют железы
- в) массивные разрастания соединительной ткани
- г) обилие слизи в просвете желез
- д) атипические клетки не формируют железы

38. РЕЗУЛЬТАТОМ КАКОГО ПУТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ КРУКЕНБЕРГОВСКИЕ И ШНИЦЛЕРОВСКИЕ МЕТАСТАЗЫ:

- а) гематогенного
- б) имплантационного
- в) лимфогенного отроградного
- г) лимфогенного ретроградного

39. ОСЛОЖНЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА:

- а) кровохарканье
- б) дилатация привратника
- в) перфорация
- г) истощение
- д) желудочное кровотечение

40. ВЫБЕРИТЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ВИРХОВСКИЙ МЕТАСТАЗ:

- а) гематогенное метастазирование
- б) ретроградное лимфогенное метастазирование
- в) канцероматоз брюшины
- г) поражение левого надключичного лимфатического узла
- д) поражение яичников

Эталоны ответов к теме:

Болезни пищеварительной системы. Заболевания зева и глотки. Заболевания пищевода. Гастриты. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Болезни кишечника.

- | | | | |
|------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. а в д | 11. б в | 21. г | 31. а в г д |
| 2. а г д | 12. а б в г | 22. б | 32. б в г д |
| 3. а б в г | 13. в | 23. а б д е | 33. а б в д |
| 4. б г д е | 14. д | 24. б г д | 34. в |
| 5. а в г д | 15. а б в | 25. а в г | 35. а г |
| 6. а в | 16. а в д ж | 26. а в д | 36. б в |
| 7. б | 17. б г е | 27. б в | 37. а в д |
| 8. а в г | 18. б д | 28. г | 38. г |
| 9. г | 19. а в г д | 29. а | 39. в г д |
| 10. б г | 20. а | 30. б г д | 40. б г |

Вопросы для устного опроса.

1. Заболевания зева и глотки. Острые и хронические формы тонзиллитов. Гиперпластические процессы лимфаденоидной ткани глоточного кольца, возрастные особенности.
2. Болезни пищевода. Эзофагит. Этиопатогенез, морфология острых и хронических форм.
3. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь пищевода. Пищевод Барретта. Гиперпластические полипы.
4. Острый гастрит. Этиопатогенез, клинко-морфологическая характеристика различных форм. Осложнения. Исходы.
5. Хронический гастрит, сущность процесса. Этиология, патогенез. Принципы классификации. Морфологическая характеристика гистологических вариантов. Осложнения. Хронический гастрит как предракое состояние.
6. Острые язвы желудка: этиология, патогенез, морфологическая характеристика, осложнения, исходы.
7. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки:
 - а) Определение. Общая характеристика, пато- и морфогенез пептических язв желудка и 12-перстной кишки.
 - б) Морфологическая характеристика хронической язвы в период обострения и ремиссии. Осложнения, исходы.
8. Гиперпластические полипы желудка, морфология, клиническое значение.
9. Гастропатии. Классификация, морфологические варианты. Исходы. Варикозное расширение вен желудка. Причины, осложнения. Другие патологические процессы в желудке.
10. Энтериты. Причины, морфология острых и хронических форм.
11. Энтеропатии. Патологическая анатомия дисахаридозной недостаточности, гиперкатаболической гипопроотеинемической и глютенной энтеропатии.
12. Идиопатические воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, прогноз.
13. Болезнь Крона. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, прогноз.
14. Псевдомембранозный колит. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, прогноз. Критерии дифференциальной диагностики хронических колитов
15. Заболевания червеобразного отростка слепой кишки. Аппендицит. Классификация, морфологическая характеристика острого и хронического аппендицита. Осложнения.

Микропрепараты.

1. Острый катаральный гастрит. Окраска гематоксилином и эозином. Слизистая оболочка желудка инфильтрирована нейтрофильными лейкоцитами, которые расположены также и между клетками эпителия, отмечаются воспалительная гиперемия, дистрофические и некробиотические изменения эпителия.
2. Эрозивно-геморрагический гастрит. Окраска гематоксилином и эозином. Отек слизистой оболочки желудка и его подслизистого слоя, геморрагии, некроз слизистой и подслизистой, воспалительные процессы и структурные изменения в железистом аппарате.
3. Острые язвы желудка. Окраска гематоксилином и эозином. В дне острой язвы обнаруживаются некроз, кровоизлияния и нейтрофильная инфильтрация.
4. Хронический поверхностный гастрит. Окраска гематоксилином и эозином. а) атрофия покровного эпителия, б) атрофия эпителия желез с перестройкой желез по кишечному типу - «кишечная метаплазия», в) лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки с формированием лимфоидных фолликулов, поля склероза.
5. Хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией. Окраска гематоксилином и эозином. Уплотнение клеток поверхностного эпителия (по виду приближается к кубическому), наблюдаются штопорообразность и углубленность ямок, расширение собственного слоя. Слизистая оболочка истончается, число желез уменьшается. На месте атрофированных желез разрастается соединительная ткань. Сохранившиеся железы располагаются группами, протоки желез расширены, отдельные виды клеток в железах плохо дифференцируются. Слизистая оболочка инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками, единичными нейтрофилами, появляются бокаловидные клетки и клетки Панета
6. Хронический атрофический гастрит с пилорической метаплазией. Окраска гематоксилином и эозином. Главные, добавочные (слизистые клетки желез) и париетальные клетки желез исчезают, появляются кубические клетки, свойственные пилорическим железам; образуются так называемые псевдопилорические железы.
7. Хроническая язва желудка с обострением. Окраска гематоксилином и эозином. а) фибринозно-гнойный экссудат, б) зона фибриноидного некроза, в) грануляционная ткань, г) грубоволокнистая соединительная ткань, проникающая на различную глубину мышечного слоя, д) серозная оболочка стенки желудка.
8. Гипертрофическая гастропатия. Окраска гематоксилином и эозином. Наблюдается пролиферация клеток железистого эпителия и гиперплазия желез, а также инфильтрация слизистой оболочки лимфоцитами, эпителиоидными, плазматическими и гигантскими клетками.
9. Атрофическо-гиперпластическая гастропатия. Окраска гематоксилином и эозином. Отмечается значительная гиперплазия слизистой фундального отдела желудка с увеличением количества париетальных клеток, которые могут обнаруживаться даже в кардиальных и пилорических железах.
10. Целиакия. Окраска гематоксилином и эозином. а) атрофия ворсинок, вплоть до тотальной; б) гиперплазия эпителия на дне крипт (с повышенным митотическим индексом); в) инфильтрация слизистой клетками воспаления.
11. Неспецифический язвенный колит. Окраска гематоксилином и эозином. а) язва, проникающая до мышечной пластинки слизистой оболочки, б) диффузная лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки с примесью эозинофилов и единичных ПЯЛ, в) значительное полнокровие сосудов и отек слизистой оболочки, г) крипт- абсцессы с атрофией и некрозом эпителия в донных отделах, д) гиперплазиогенные (воспалительные) полипы с умеренной лимфоидной инфильтрацией соединительнотканной основы.
12. Болезнь Крона. Окраска гематоксилином и эозином. а) язва, проникающая в мышечную оболочку и в клетчатку брыжейки, образуя свищевой ход, б) распространение лимфоплазмочитарного воспалительного инфильтрата на все оболочки кишечной стенки, с сохранением архитектоники крипт и количества бокаловидных клеток, в) стенка кишки утолщена за счет отека, воспалительного инфильтрата, участков фиброза и гипертрофии мышечной оболочки, г) саркоидоподобная гранулема, состоящие из эпителиоидных и гигантских клеток типа Пирогова-Ланганса, окруженных поясом из лимфоцитов, без четких границ. Отличия: нет фиброзного ободка, как при саркоидозе, нет творожистого некроза характерного для туберкулезных гранулем.
13. Флегмонозный аппендицит. Окраска гематоксилином и эозином. а) диффузная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев стенки червеобразного отростка, б) обильные фибринозные наложения на серозной оболочке, в) скопление в просвете гноя, г) мезентериолит.
14. Хронический аппендицит. Окраска гематоксилином и эозином. а) слизистая оболочка с атрофией, единичными лимфатическим фолликулами, б) в стенке червеобразного отростка разрастание соединительной ткани, г) резкое сужение просвета

Макропрепараты

1. Острый катаральный гастрит. - в препарате желудок, слизистая оболочка утолщена, с высокими гиперемированными складками, покрытыми густой вязкой слизью, с петехиальными кровоизлияниями. Причины: недоброкачественная пища, употребление суррогатов алкоголя, противоопухолевые химиопрепараты, ожоги кислотами и щелочами, уремия, сальмонеллез, шок, тяжелый стресс. Осложнения: острые язвы, переход в хронический гастрит. Исход: восстановление слизистой оболочки.

- Эрозии и острые язвы желудка. - в препарате желудок, слизистая оболочка отечна, на поверхности имеются множественные точечные кровоизлияния и дефекты конической формы различных размеров, их дно и края черного цвета. Эрозии, локализируются в пределах слизистой, а язвы, проникают на различную глубину слизистой оболочки, а некоторые доходят до мышечной оболочки. Причины: эндокринные заболевания (синдром Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреоз), острые и хронические нарушения кровообращения, интоксикации, аллергия, хронические инфекции (туберкулез, сифилис), послеоперационные язвы, стероидные, стрессовые. Осложнения: перфорация, перитонит. Исход: эрозии эпителизируются, язвенный дефект замещается рубцовой тканью.
- Хроническая язва желудка в период ремиссии: в препарате желудок, на малой кривизне имеется патологический очаг в виде углубления слизистой оболочки, округлой формы, размером 3см в диаметре. Складки слизистой оболочки радиарно сходятся к дефекту, края которого плотные, валикообразно приподняты, омовольные (калезная язва). На разрезе входное отверстие - кратер, меньше, чем внутренняя часть язвы. Край, обращенный в сторону кардии - подрыв, слизистая оболочка над ним нависает. Край, обращенный в сторону привратника пологий- террасообразный. Толща язвы представлена соединительной тканью, серо-белого цвета, 2,5см. На дне язвы сосуды склерозированы, просвет их зияет. Причины: генетическая предрасположенность, *Helicobacter pylori*, воспалительные и дисрегуляторные изменения слизистой оболочки, приводящие к воздействию факторов пептической агрессии (соляной кислоты и пепсиногена). Осложнения: перигастрит, кровотечение, перфорация, пенетрация, рубцовая деформация желудка с развитием стеноза входного или выходного отверстия. На фоне хронической язвы может развиваться вторая болезнь — рак желудка.
- Язвенный колит. В препарате ректосигмоидальный отдел толстой кишки, на разрезе слизистая оболочка резко полнокровна с эрозивными изменениями и язвами различных размеров и формы, располагающиеся по длине кишки. Дно язв, чистое, без гнойных наложений, покрыто тонким блестящим слоем фибрина. В сохранившихся островках слизистой оболочки многочисленные полипы небольших размеров (0,2см - 0,5см), без четкого деления на ножку и тело, с гладкой поверхностью. Причины: генетическая предрасположенность, нарушение бактериального ценоза, бактериальное или вирусное начало, аутоиммунные реакции на АГ, пищевая аллергия, изменение иммунологической реактивности. Кишечные осложнения: токсическая дилатация толстой кишки, перфорация, гангрена. Внекишечные осложнения: - поражение кожи (узловая эритема, массивные язвы голени, гангренозная пиодермия), артриты, поражение глаз (эписклерит, увеит, иридоциклит), редко сепсис, амилоидоз, перихолангит с развитием фиброзных изменений с исходом в билиарный цирроз. Исход: частичная или полная эпителизация язв, формирование рубцовой ткани в пределах слизистой оболочки. На фоне дисплазии эпителия может развиваться рак.
- Болезнь Крона. В препарате участок поперечно-ободочной и нисходящей толстой кишки, на разрезе слизистая оболочка даже вблизи язв бледно -розового цвета. Наблюдается чередование пораженных участков с не измененной слизистой. Глубокие щелевидные язвы ориентированы вдоль и поперек оси кишки, имеют ровные и не подрывные края, а сохранившиеся между ними участки отечной слизистой придают поверхности кишки сходство с «бульжистой мостовой». Имеется сегментарное сужение просвета кишки протяженностью от 5см до 10см - «шнуровидная кишка». Некоторые язвы проникают сквозь мышечный слой, формируя свищи, соединяющие различные отделы толстой и тонкой кишок. Серозная оболочка тусклая, серая, брыжейка отечная, фибрирована, имеются обширные спайки между петлями кишок. Причины: генетическая предрасположенность, нарушение бактериального ценоза, бактериальное или вирусное начало, аутоиммунные реакции на АГ, пищевая аллергия, изменение иммунологической реактивности. Осложнения: перфорации в свободную брюшную полость, илеоилеальные свищи, тонкокишечные, с выходным отверстием на коже брюшной стенки, свищи, соединяющие просвет кишки с мочевым пузырем, маткой, желудком, прямокишечные свищи. Исход: Стриктуры тонкой, ободочной и прямой кишки наблюдаются у ¼ больных. Рак на фоне болезни Крона реже, чем при НЯК.
- Флегмонозный аппендицит. Червеобразный отросток увеличен и утолщен до 1,5 см в диаметре, серозная оболочка тусклая с наложениями фибрина серого цвета. Сосуды брыжейки полнокровны. На разрезе в просвете аппендикулярного отростка скопление гнойного экссудата с пропитыванием всей стенки. Причины: нарушение кровоснабжения, закупорка просвета, с последующим сдавлением вен и развитием ишемии, инфекция. Осложнения: изъязвление, перфорация, периаппендицит, мезентериолит, гангренозное воспаление, перитонит, пилефлебические абсцессы печени.
- Гангренозный аппендицит. Червеобразный отросток увеличен в размерах, утолщен до 1,5см в диаметре, черного цвета, на разрезе в просвете слизисто-геморрагическое содержимое, на слизистой кровоизлияния, в стенке имеется перфоративное отверстие. Причины: периаппендицит, мезентериолит. Осложнение: перитонит, самоампутация аппендикса. Исход: неблагоприятный.
- Хронический аппендицит. Аппендикулярный отросток значительно увеличен в размерах-10-5-3см, на поперечном разрезе толщина стенки составляет местами 1см, слизистая оболочка сглажена, в просвете слизистое содержимое. Причины: перенесенные острые формы простого и поверхностного аппендицита. Осложнения: гидроцеле, мукоцеле, псевдомиксоматоз брюшины. Исход: относительно благоприятный.

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1

Мужчина 50 лет обратился за медицинской помощью по поводу хронического кашля, хриповатости голоса, боли в горле при глотании. При опросе выяснилось, что большой длительный время страдает изжогой, проявляющейся в ощущении жжения за грудиной и в области эпигастрии, отрыжкой воздухом, появлением во рту кислотного привкуса. При эндоскопическом исследовании пищевода обнаружены длинные сегменты цилиндрического эпителия, распространяющегося вверх по пищеводу, над областью пищеводно-желудочного перехода, и имеющего характерный красный цвет и "бархатный" вид, на фоне расположенного рядом с ним тонкого, бледного, с глянцевой поверхностью плоского эпителия. В биопсийном материале из дистального отдела пищевода, выявляется ограниченное замещение слоев плоского эпителия на специализированный кишечный эпителий. И поверхность слизистой оболочки, и железы кишечного типа выстланы цилиндрическим эпителием. Слизистая оболочка из области пищеводно-желудочного перехода представлена пролиферирующими железами и солидными структурами из атипичного железистого эпителия с множественными митозами.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите фоновое заболевание и связанное с ним осложнение, способствовавшее развитию данной патологии.
3. Отметьте ведущую роль в патогенезе фонового заболевания и причины его развития.
4. Назовите морфологический критерий данного осложнения.

Ситуационная задача №2

Труп истощенного мужчины 65 лет. Из истории болезни: болен опухолью желудка (гистологически аденокарцинома), 4 клиническая группа. *Вскрытие:* сердце обычных размеров, массой 280,0 гр. В пилорическом отделе желудка опухолевый узел белесовато-серого цвета на разрезе. В воротах печени аналогичная описанному узлу опухолевая ткань, с единичными мелким округлыми узелками в паренхиме печени. В правом легком очаговые светло-серые уплотнения, с поверхности разреза, которых выделяется мутная белесоватая жидкость.

Микроскопически в ткани опухолевых узлов желудка и печени картина аденокарциномы. В легких слизистая бронхов полнокровная, в просвете бронхов слизь, гной, спущенные эпителиальные клетки. В просвете альвеол скопление распадающихся нейтрофилов, эритроциты.

1. Назовите основное заболевание.
2. Объясните механизм развития патологического процесса в печени.
3. Назовите отличительные морфологические критерии первичной и вторичной злокачественной опухоли.
4. Какое осложнение явилось причиной смерти.

Ситуационная задача №3

Мужчина 35 лет с жалобами на чувство тяжести и полноты в эпигастриальной области, тошноту, позывы к рвоте, схваткообразные боли в верхней части живота. Причину появления болей ни с чем не связывает.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами, видны множественные мелкие дефекты слизистой оболочки черного цвета. Произведена фиброгастроскопия со взятием слизистой оболочки желудка. *Микроскопически:* слизистая оболочка покрыта слизистым экссудатом с примесью нейтрофилов и слущенного покровного эпителия, имеются участки некроза, не захватывающие мышечную пластинку слизистой оболочки. В подслизистом слое -отёк, полнокровие сосудов, диapedезные кровоизлияния и значительная нейтрофильная инфильтрация.

1. Назовите основное заболевание, его форму.
2. Перечислите экзогенные причины данной патологии.
3. Назовите отличительный признак эрозии от острой язвы.
4. Чем обусловлен черный цвет дефектов слизистой оболочки.
5. Перечислите все морфологические формы данной патологии.

Ситуационная задача №4

Мужчина 35 лет с сильными болями диффузного характера в верхней части живота. Причину появления болей связывает с употреблением на закуску горькой редьки.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее покрыта в отдельных местах слизистыми массами, в других пленкой желто-коричневого цвета, имеются множественные очаги черного цвета, различных размеров. Произведена эндогастробиопсия. *Микроскопически* в одних биоптатах повышенное слизееобразование, десквамация поверхностного эпителия, острые эрозии, в других биоптатах секреторная активность желез подавлена, некротические изменения с фибрином вовлекают в процесс мышечную пластинку слизистой оболочки, выраженная инфильтрация нейтрофилами и диapedезные кровоизлияния.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите тканевую реакцию, лежащую в основе его развития.

3. Назовите виды данного воспаления.
4. Перечислите причины развития.
5. Назовите возможное осложнение.

Ситуационная задача №5

Мужчина 35 лет с болями диффузного характера в верхней части живота. Причину появления болей ни с чем не связывает, периодически боли то усиливаются, то ослабевают.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая оболочка сглажена, кое-где видны мелкие дефекты - острые эрозии. Произведена эндогастробиопсия. *Микроскопически* слизистая оболочка истончена, железы атрофированы, расположены редко. На месте атрофированных желез разрастание соединительной ткани. Сохранившиеся железы располагаются отдельными группами, протоки желез расширены, отдельные виды клеток в железах плохо дифференцированы. Среди эпителиальных клеток желез большое количество бокаловидных клеток и каемчатых эпителиоцитов, наличие клеток Панета. Собственный слой слизистой оболочки инфильтрирован лимфоцитами, плазматическими клетками, с примесью нейтрофилов.

1. Назовите заболевание и его форму.
2. Назовите основные процессы морфогенеза патологии.
3. К какому патологическому процессу относится данная патология.
4. Перечислите виды метаплазии.
5. Определите клиническую значимость метаплазии слизистой желудка.

Ситуационная задача №6

Мужчина 45 лет с сильными болями в эпигастрии. Причину появления болей связывает с погрешностями в диете.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая оболочка утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами. В препилорическом отделе кратерообразный дефект неправильной формы, размером 1 см, с окрашенным в черно-бурый цвет дном. Произведена эндобиопсия стенки дефекта и слизистой оболочки желудка. *Микроскопически*: фокус некроза захватывает слизистую оболочку и подслизистую основу желудка, формируя дефект клиновидной формы с выраженным фибринозно-лейкоцитарным инфильтратом, кровоизлияниями. В окружающей слизистой оболочке уменьшение количества желез, эпителиальные клетки напоминают колоноциты, много бокаловидных клеток, в собственной пластинке разрастание соединительной ткани, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и единичными нейтрофилами.

1. Назовите основное заболевание, стадию.
2. Объясните роль *Helicobacter* в развитии данной патологии.
3. Назовите местные факторы патогенеза в развитии пилородуоденальных язв.
4. Перечислите морфологические отличия симптоматической язвы от пептической язвы.
5. Назовите сопутствующие заболевания желудка.

Ситуационная задача №7

Мужчина 45 лет с острыми болями в эпигастрии. Причину появления болей связывает с погрешностями в диете.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая оболочка сглажена, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами. В антральном отделе дефект неправильно овальной формы, в поперечнике 3 см., с окрашенным в черный цвет гладким дном, края валикообразно приподняты, плотные, со стороны пищевода, нависающие над дефектом, и пологие со стороны пилорического отдела. Произведена эндогастробиопсия стенки дефекта и слизистой оболочки желудка. *Микроскопически* в дне дефекта фибринозно-гнойный экссудат, с обширной зоной фибриноидного некроза, в подлежащей ткани и в стенке рубцовая ткань. Вокруг дефекта в стенке желудка слизистая оболочка желудка истончена, железы атрофированы, расположены редко. На месте атрофированных желез разрастание соединительной ткани.

1. Назовите основное заболевание, фазу патологического процесса.
2. Назовите морфологический субстрат данной болезни.
3. Перечислите возможные осложнения данной патологии.
4. Для какого заболевания данная патология может являться фоновым.
5. Какая локализация патологического процесса неблагоприятна в отношении малигнизации.

Ситуационная задача №8

У мужчины 48 лет, страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки, боли перестали носить сезонный характер, стали постоянными, упорными, отдающими в спину и принимающие часто опоясывающий характер. В крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ. При фибродуоденоскопии на задней стенке 12-перстной кишки дефект стенки с круглыми валикообразными краями вокруг глубокого кратера. При лапароскопии головка поджелудочной железы как бы припаяна к 12-перстной кишке.

Микроскопически в биоптате из дна дефекта некробиотически измененная ткань поджелудочной железы, в стенке дефекта рубцовая ткань. В слизистой оболочке тонкой кишки очаговая атрофия желез, инфильтрация лимфоцитами, с формированием лимфоидных фолликулов, в подслизистом слое разрастание соединительной ткани.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите осложнения основного заболевания.
3. Перечислите клинико-морфологические формы патологии поджелудочной железы.
4. Перечислите возможные осложнения данной патологии.
5. Назовите второе заболевание, которое может развиваться на фоне данной патологии поджелудочной железы.

Ситуационная задача №9

Мужчина 39 лет с жалобами на упорные, интенсивные боли в верхней части живота, изжогу и отрыжку, водянистую диарею. При обследовании выявлено значительное повышение гастрин и соляной кислоты. При эндоскопии обнаружены широкие и высокие складки, формирующие крупные желудочные поля, с множественными очаговыми дефектами слизистой оболочки. *Микроскопически* желудочные ямки обычной глубины, поверхностные и фовеолярные клетки слизистой оболочки без изменений, в железах выраженная гиперплазия париетальных клеток, которые встречаются в биоптатах из фундального и кардиального отделов. В слизистой оболочке тела и дна имеются участки некроза, вовлекающие в процесс мышечную пластинку.

1. Назовите основное заболевание, его морфологическую форму
2. Каким клиническим синдромом проявляется данная патология.
3. Объясните сущность пептической язвы.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный патологический процесс.
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Ситуационная задача №10

У женщины 45 лет жалобы на боли в подложечной области ноющего характера, возникающие вскоре после приема пищи и сопровождаются ощущением тяжести и распирания в животе, тошноту и нередко рвоту. Пациентка отмечает потерю массы тела и периферические отеки. В сыворотке крови гипоальбуминемия и незначительное повышение концентрации гастрин. При эндоскопическом исследовании слизистая оболочка желудка гипертрофирована, складки увеличены симметрично, ограничены телом и дном желудка. *Микроскопически* гиперплазия покровно-ямочного эпителия, выраженное удлинение ямок слизистой оболочки, достигающее основания слизистой оболочки. Ямки выглядят извитыми, расширенные просветы заполнены слизью. Некоторые увеличенные желудочные железы проникают в мышечный слой с превращением их в кисты. Количество желез уменьшено, главные и обкладочные клетки атрофированном состоянии, количество слизиобразующих клеток резко увеличено.

1. Назовите основное заболевание, его морфологическую форму
2. Определите основное звено в патогенезе болезни.
3. Каким клиническим синдромом проявляется данная патология.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный патологический процесс.
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Ситуационная задача №11

Мужчина 23 лет был госпитализирован с клинической картиной острого живота. Из анамнеза известно, что болен в течение 2 суток. Для гистологического исследования прислан червеобразный отросток. *Макроскопически* отросток увеличен, утолщен до 1,5 см., серозная оболочка гиперемирована, тусклая с наложениями фибрина. На разрезе ткань светло-серая, в просвете зеленовато-серое густое содержимое. *Микроскопически* все слои стенки аппендикса диффузно инфильтрированы полиморфно-ядерными лейкоцитами, в слизистой оболочке — выраженная гиперемия сосудов, фокусы некроза.

1. Назовите основное заболевание и его форму.
2. Назовите не деструктивные формы заболевания, их отличия.
3. Перечислите возможные осложнения основного заболевания.
4. С какими заболеваниями дифференцируют данную патологию.

Ситуационная задача №12

Женщина 25 лет была госпитализирована в плановом порядке. Из анамнеза известно, что пациентку длительное время беспокоили боли в правой подвздошной области. Для гистологического исследования прислан червеобразный отросток.

Макроскопически отросток толщиной 2,5 см., плотный, серозная оболочка бледная со следами фиброзных спаек, на разрезе стенка утолщена, в просвете слизистое содержимое. *Микроскопически* слизистая оболочка отростка атрофична, с единичными лимфоидными фолликулами. В подслизистой и мышечной оболочках остатки грануляционной ткани, фиброз и коллагенизация.

1. Назовите заболевание и его форму.
2. Назовите возможную причину заболевания.
3. Объясните механизм развития описанных изменений.
4. Перечислите возможные осложнения данной патологии.
5. Объясните, в чем отличие эмпиемы от флегмонозного воспаления.

Ситуационная задача № 13

Труп умеренно истощенного мужчины средних лет. Из истории болезни известно, что поступил на 3 день заболевания по поводу перфоративного аппендицита. Произведена лапаротомия с ревизией и санацией брюшной полости, удалением аппендикса и дренированием операционной раны. Исследование крови на посевы в течение первых суток выявило анаэробную инфекцию. После операции состояние оставалось тяжелым, появились функциональные изменения в печени, почках, присоединилась пневмония. Смерть на 14 день пребывания в больнице. *При вскрытии:* в илеоцекальном углу дренированный абсцесс, в венах правой подвздошной области тромбы, в брюшной полости фибринозно-гнойное содержимое с формированием межпетлевых абсцессов. Регионарные лимфатические узлы увеличены. В печени и почках множественные абсцессы. В легких участки уплотнений темно-красного цвета, с многочисленными субплевральными очагами желтого цвета. *При микроскопическом исследовании* в венах брыжейки септические тромбы, в брюшной полости диффузная инфильтрация нейтрофилами, в лимфатических узлах гиперплазия фолликулов, в печени, почках выраженная дистрофия паренхиматозных элементов, тромбозы вен, тромбозы с образованием множественных метастатических гнойных очагов, в легких - в просвете альвеол экссудат, состоящий из нейтрофилов с примесью эритроцитов, фибрина и слущенного эпителия.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите осложнение основного заболевания.
3. Назовите причину смерти.
4. Назовите формы абдоминального сепсиса.
5. Назовите виды перитонита по этиологии.

Ситуационная задача № 14

Труп мужчины средних лет умеренно истощенного. Умер в инфекционном отделении больницы на 15 день заболевания. *При вскрытии:* в просвете дистального отдела тонкой и во всех отделах толстой кишки кровь. Лимфоидные фолликулы подвздошной кишки увеличены в размерах, с некрозом, образованием язв овальной формы с неровными краями, располагающихся по длине кишки. В одной из язв арозированный кровеносный сосуд. Лимфатические узлы брыжейки кишки увеличены, на разрезе серо-розовые, сочные.

При микроскопическом исследовании в лимфоидных фолликулах и пейеровых бляшках подвздошной кишки некроз с отторжением некротических масс и изъязвлением стенки кишки и кровеносного сосуда. В интрамуральных нервных ганглиях дистрофия нервных клеток и волокон. В лимфатических узлах пролиферация моноцитов, ретикулярных клеток, скопления больших макрофагальных клеток со светлой цитоплазмой. В легких, печени, селезенке, костном мозге, почках, стенке желчного пузыря скопление клеток с формированием подобия гранулем из моноцитов, ретикулярных клеток, крупных макрофагов со светлой цитоплазмой и небольшого количества лимфоцитов.

1. Назовите основное заболевание, его стадию.
2. Назовите осложнение основного заболевания.
3. Назовите общие проявления заболевания, объясните, чем они обусловлены.
4. Перечислите возможные внекишечные осложнения болезни.
5. Назовите причину смерти.

Ситуационная задача № 15

У женщины, больной туберкулезом, умер 3-месячный ребенок от разлитого перитонита. На вскрытии обнаружены: перфоративная язва тощей кишки, плотные мезентериальные лимфатические узлы, на разрезе представленные серо-желтыми массами творожистого вида. *При микроскопическом исследовании* в стенке тощей кишки участок казеозного некроза, распространяющийся на все слои, на париетальной и висцеральной брюшине казеозно-некротические язвы. Вокруг некроза клеточный инфильтрат, представленный эпителиоидными клетками, лимфоцитами и единичными клетками Пирогова-Лангханса. В мезентериальных лимфатических узлах идентичная гистологическая картина.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите локализацию органных поражений, морфологическую форму патологического процесса.
3. Назовите осложнение основного заболевания.
4. Объясните механизм развития осложнений.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача № 1

1. Аденокарцинома пищевода.
2. Хронический гастро-эзофагальный рефлюкс. Пищевод Барретта.
3. Нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера, обусловленное психогенной природой, связанное с алкоголизмом и особенностями диеты, ахалазией или хиатальной грыжей, состояниями после операций на желудке и пищеводе.
4. Появление цилиндрического эпителия в абдоминальном сегменте пищевода - на месте его обычной выстилки, имеющей эпидермоидный характер.

Ситуационная задача № 2

1. Злокачественная эпителиальная опухоль желудка (аденокарцинома).
2. Метастазы рака в печень. Гематогенное распространение опухоли.
3. Первичная злокачественная опухоль - чаще имеет одиночный характер, как правило, характеризуется нечеткостью границ узла, инфильтративным ростом. Вторичная (метастатическая) злокачественная опухоль - множественные узлы различных размеров, с четкими границами, неправильной округлой или овальной формы.
4. Очаговая пневмония.

Ситуационная задача № 3

1. Острый поверхностный эрозивный гастрит.
2. Причины экзогенного гастрита: погрешности в диете.
3. Острая язва характеризуется некрозом мышечной пластинки слизистой оболочки.
4. Диапедзные кровоизлияния сопровождаются гемолизом эритроцитов и образованием пигмента - солянокислого гематина, имеющего черный цвет.
5. а) Фибринозный: крупозный и дифтеритический.
б) Флегмонозный
в) Некротический

Ситуационная задача № 4

1. Острый дифтеритический гастрит.
2. Фибринозно-некротическая тканевая реакция.
3. Виды фибринозного воспаления - дифтеритическое и крупозное. Разновидность фибринозной пленки зависит от глубины некроза и вида подлежащего эпителия.
4. Инфекционные заболевания - корь, сепсис, скарлатина, брюшной тиф.
5. Желудочное кровотечение, вследствие изъязвления слизистой оболочки.

Ситуационная задача № 5

1. Хронический атрофический гастрит с перестройкой эпителия по кишечному типу.
2. Воспалительное заболевание, в основе которого лежит дисрегенераторный процесс, характеризующийся развитием метаплазии.
3. Предраковое заболевание.
4. Тонкокишечная и толстокишечная метаплазия.
5. Желудочный эпителий, в очагах метаплазии всасывает липиды, с возможным накоплением в них канцерогенов, что приводит к развитию дисплазии и рака.

Ситуационная задача № 6

1. Язвенная болезнь желудка. Стадия острой язвы.
2. Ферменты *Helicobacter* повреждают микроворсинки эпителиоцитов, действуют на слизь, способствуя её липолизу и протеолизу, деградации гликопротеинов и липидов. При истончении слоя слизи возникает обратная диффузия водородных ионов и покровный эпителий, получает ещё большее повреждение под их действием, и пепсина.
3. Преобладание кислотно-пептического фактора агрессии над факторами защиты слизистой оболочки. Основной патофизиологический механизм развития пилородуоденальных язв - гиперсекреция соляной кислоты,

обусловленная, повышенным содержанием гастрина в связи с гиперплазией G-клеток и гистамина. Кислотно-пептическому повреждению слизистой оболочки, способствует и нарушение моторики.

4. Симптоматические язвы чаще множественные, сочетаются с эрозиями, без перифокального воспалительного процесса, часто осложняются прободением.

5. Хронический атрофический гастрит с толстокишечной метаплазией.

Ситуационная задача №7

1. Язвенная болезнь желудка. Фаза обострения.

2. Морфологический субстрат язвенной болезни - рецидивирующая язва.

3. Деструктивные - перфорация язвы, кровотечение, пенетрация. Воспалительные - гастрит, перигастрит. Рубцовые - стеноз входного и выходного отверстий желудка, деформация желудка.

4. На фоне язвенной болезни возможно развитие второй болезни – рака желудка.

5. Язва-рак: обширное разрастание рубцовой ткани, склероз и тромбоз сосудов, разрушение мышечного слоя в рубцовом дне язвы и утолщение слизистой оболочки вокруг язвы. Первично-язвенный рак желудка - мышечный слой сохраняется, хотя он и бывает инфильтрирован опухолевыми клетками. Опухоль растет преимущественно экзофитно в одном из краев язвы или вдоль всей ее окружности.

Ситуационная задача №8

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу.

2. Хронический панкреатит.

3. Виды хронического панкреатита: интерстициальный, паренхиматозный, склерозирующий и калькулезный.

4. Осложнения хронического панкреатита: рубцово - воспалительное стенозирование общего желчного и панкреатического протока, дуоденального сосочка с развитием механической желтухи. Абсцедирование, киста и кальцификаты поджелудочной железы, тяжелый сахарный диабет, тромбоз селезеночной вены.

5. Рак поджелудочной железы.

Ситуационная задача №9

1. Гипертрофическая гастропатия. Гиперпластически- гиперсекреторная форма.

2. Синдром Золлингера-Эллисона

3. Пептическая язва развивается в связи с гиперсекрецией соляной кислоты в желудке и ее ulcerогенного действия на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

4. Синдром Золлингера-Эллисона дифференцируют с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, гастриномой поджелудочной железы, с гипергастринемией при гипертиреозе, гастрите, стенозе привратника и В12-дефицитной анемии.

5. Осложнения: перфорации и желудочно-кишечные кровотечения.

Ситуационная задача №10

1. Гипертрофическая гастропатия. Гиперпластически -атрофическая форма.

2. Патогенез болезни реализуется через значительное увеличение трансформирующего фактора роста альфа (TGF-alpha), который усиливает продукцию желудком слизи и ингибирует секрецию кислоты.

3. Болезнь Менетрие.

4. Дифференциальный диагноз с полипами желудка и распространенным семейным полипозом, доброкачественными и злокачественными опухолями желудка, с синдромом Золлингера - Эллисона и поражением желудка при туберкулезе и сифилисе.

5. Осложнения: кровотечение, обструкция привратника, недостаточность анастомоза при хирургическом лечении, редко - развитие рака желудка, сепсис и сосудистые тромбозомболические осложнения.

Ситуационная задача №11

1. Острый флегмонозно-язвенный аппендицит.

2. Простой аппендицит характеризуется нарушением внутриорганного кровообращения, болевым приступом на фоне ишемических расстройств.

Поверхностный аппендицит связан с формированием в слизистой оболочке фокуса гнойного воспаления.

3. Периаппендицит, мезентериолит, перитонит, пилефлебические абсцессы, гангренозный аппендицит.

4. Дифференциальная диагностика с заболеваниями органов брюшной полости, характеризующихся клиникой острого живота.

Ситуационная задача №12

1. Хронический аппендицит.

2. Хронический аппендицит развивается после перенесенного острого.

3. Заболевание характеризуется склеротическими и атрофическими процессами, на фоне которых могут возникать воспалительно-деструктивные изменения, которые сменяются разрастанием грануляционной ткани в стенке и просвете отростка. Между серозной оболочкой отростка и окружающими тканями образуются спайки.

4. Гидроцеле, мукоцеле, псевдомиксоматоз брюшины, эмпиема червеобразного отростка.

5. Эмпиема –скопление гноя в расширенном просвете аппендикса при наличии в нем спаечного процесса.

Ситуационная задача №13

1. Острый флегмонозный перфоративный аппендицит. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

2. Сепсис. Септикопиемия.

3. Абсцедирующая пневмония.

4. Формы абдоминального сепсиса: перитонеальная, панкреатогенная и кишечная.

5. Первичный перитонит - гематогенного происхождения с инфицированием брюшины из экстраперитонеального источника.

Вторичный перитонит -форма осложненной интраабдоминальной инфекции и основная причина абдоминального сепсиса у хирургических больных, вследствие деструктивных поражений органов брюшной полости и реже - различных абдоминальных вмешательств.

Третичный -эта рецидивирующая и персистирующая форма перитонита развивается у больных в критических состояниях с повреждением механизмов местной и системной противoinфекционной защиты.

Ситуационная задача №14

1. Брюшной тиф. Стадия образования чистых язв.

2. Кишечное кровотечение.

3. Общие изменения обусловлены персистирующей бактериемией и проявляются в виде брюшнотифозной сыпи и гранулём в различных органах, гиперплазией селезенки и жировой дистрофией паренхиматозных органов.

4. Внекишечные осложнения - присоединение вторичной инфекции с развитием бронхопневмонии или внутримышечных абсцессов. Перитонит- при некрозе мезентериальных лимфатических узлов или разрыве капсулы селезенки. Гнойный перихондрит, восковидный некроз прямых мышц живота, остеомиелит, артриты, цистит, простатит, брюшнотифозный сепсис - «тифозный статус».

5. Острая постгеморрагическая анемия.

Ситуационная задача №15

1. Первичный абдоминальный туберкулез.

2. Туберкулез кишечника, язвенная форма. Туберкулез мезентериальных лимфатических узлов.

3. Перфорация стенки тощей кишки. Экссудативный перитонит.

4. Мышечный слой и соединительнотканнные структуры кишечной стенки, развиты у детей недостаточно. Подвздошная кишка несет наибольшую функциональную нагрузку, здесь часто замедляется продвижение пищевых масс, что ведет к нарушению микроциркуляции, а в условиях патологии это способствует выраженным деструктивным изменениям в ее стенке.

Развитие туберкулёзного мезаденита, связано с лимфогематогенным распространением инфекции. Слизистая оболочка тонкой кишки у детей хорошо развита, имеет большое количество кровеносных и лимфатических капилляров большого диаметра и обладает повышенной проницаемостью и всасывающей способностью, что ведет к снижению барьерной функции слизистой оболочки и проникновению инфекции в мезентериальные лимфатические узлы.

Тема 5 Опухоли гортани, бронхов, легких. Опухоли желудка, пищевода. Предопухолевые процессы. Пищевод Баррета. Заболевания кишечника. Предопухолевые процессы. Опухоли кишечника

Форма(ы) текущего контроля успеваемости (устный опрос, диагностика макропрепарата и микропрепарата, решение ситуационных задач, реферат, доклад).

Формы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса.

1. Доброкачественные опухоли гортани.

2. Предраковые состояния и заболевания гортани.

3. Гистологические формы рака бронхов.

4. Доброкачественные опухоли бронхов.

5. Предраковые состояния и заболевания бронхов.

6. Злокачественные опухоли бронхов.
7. Доброкачественные опухоли легких.
8. Предраковые состояния и заболевания легких.
9. Злокачественные опухоли легких.
10. Этиология и патогенез опухолей пищеварительной системы.
11. Морфогенез опухолей пищеварительной системы.
12. Классификации опухолей пищеварительной системы.
13. Доброкачественные опухоли пищевода.
14. Предраковые состояния и заболевания пищевода. Пищевод Баррета.
15. Гистологические формы рака пищевода.
16. Доброкачественные опухоли пищевода.
17. Предраковые состояния и заболевания желудка.
18. Злокачественные опухоли желудка.
19. Доброкачественные эпителиальные и мезенхимальные опухоли желудка.
20. Предраковые заболевания кишечника. Значение неспецифических колитов в развитии рака толстой кишки.
21. Карциноидные опухоли.
22. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.
23. Доброкачественные и злокачественные опухоли поджелудочной железы

Микропрепараты.

1. Плоскоклеточный рак легкого с ороговением. Окраска гематоксилином и эозином. В стенке бронха и ткани легкого видны комплексы атипичных клеток плоского эпителия (а), клетки полигональной формы, соединены межклеточными "мостиками" (б), их ядра крупные, гиперхромные (в), в центре комплексов опухолевых клеток — избыточное образование рогового вещества в виде слоистых образований — "раковых жемчужин" (г).
2. Слизистый рак желудка. Окраска гематоксилином и эозином. а) обилие крупных атипичных «перстневидных» клеток с образованием большого количества слизи, б) инфильтративный характер роста опухоли (демонстрация).
3. Скирр желудка. Окраска гематоксилином и эозином. а) в стенке желудка группы атипичных клеток с крупными гиперхромными ядрами, (демонстрация). б) в строме опухоли разрастания волокнистой соединительной ткани (демонстрация).
4. Аденокарцинома желудка. Окраска гематоксилином и эозином. а) опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины с многоядным атипичным эпителием, б) полиморфные клетки с гиперхромией ядер, наличием митозов, в) инфильтрация опухолевой тканью всей толщи стенки желудка.

Макропрепараты.

1. Аденоматозные полипы кишки: в ректосигмоидальном отделе толстой кишки имеются три опухолевидных образования размерами 1, 2,5 и 3 см, на тонких ножках, неправильной овальной формы с ворсинчатой поверхностью, мягкой консистенции. На разрезе патологические новообразования обильно васкуляризованы и локализованы исключительно на поверхности слизистой оболочки, не прорастая подлежащие ткани. Осложнения: кровотечение, перекрут ножки, обтурация просвета. Исход: малигнизация.
2. Различные формы рака желудка. а) Полипозный рак: на поверхности слизистой оболочки имеется опухолевидное образование, растущее в просвет желудка, в виде узла с ворсинчатой поверхностью, размером 3 см в диаметре, на ножке. Ткань опухоли серо-розового цвета, на разрезе богата кровеносными сосудами, прорастает в толщу стенки желудка.
б) Инфильтративно - язвенный рак желудка: на слизистой оболочке желудка имеются многочисленные изъязвления различных размеров и глубины. Огромные язвы с бугристым дном и плоскими краями. На разрезе, по краям злокачественной язвы, опухоль характеризуется преимущественно эндофитным ростом, с выраженной канкротной инфильтрацией стенки желудка. Причины: питание (копчености, консервы, маринованные овощи, перец), билиарный рефлюкс (после операций на желуци, особенно по Бильроту II), *Helicobacter pylori* (способствует развитию атрофии слизистой оболочки, кишечной метаплазии, дисплазии эпителия). Предраковые состояния: аденомы, язвенная болезнь, хронический атрофический гастрит. Метастазирование: 1. Ортоградные лимфогенные метастазы в регионарные узлы на малой и большой кривизне, ретроградные лимфогенные метастазы в левый надключичный лимфатический узел- метастаз Вирхова, в яичники – Крукенберговский рак, параректальную клетчатку- Шницлеровские метастазы, 3. Гематогенные метастазы в печень, легкие, головной мозг, кости, почки, реже в надпочечники и поджелудочную железу. 4. Имплантационные – карциноматоз плевры, перикарда, диафрагмы, брюшины, сальника.
3. Периферический рак легкого. В верхушке легкого виден узел округлой формы с четкими границами, на разрезе серо-белого цвета, с кровоизлияниями и некрозами. Причины: влияние различных онкогенных факторов. Осложнения: чаще первые клинические признаки обусловлены гематогенным метастазированием. Исход: неблагоприятный
4. Центральный рак легкого. В области корня левого легкого виден узел серо-розового цвета, без четких контуров, от узла в ткань легкого врастают тяжи сероватой ткани. Лимфатические узлы корня легкого увеличены в размерах, на разрезе серо-розовые с вкраплениями угольной пыли черного цвета. Причины: влияние различных онкогенных факторов. Осложнения: ателектазы, пневмония, распад опухоли с легочным кровотечением, нагноение. Лимфогенное, а затем и гематогенное метастазирование. Исход: неблагоприятный.

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача № 1

У мужчины 62 лет в области корня правого легкого обнаружен узел диаметром 8 см на разрезе – беловато-серого цвета без четких контуров, связанный с просветом бронха, стенки которых уплотнены и утолщены. От узла в ткань легкого врастают тяжи сероватой ткани. Лимфатические узлы корня легкого увеличены, на разрезе серо-белые. *Микроскопически* – опухоль состоит из пластов высокодифференцированных полиморфных клеток, с сохранением базальной ориентации, имеются роговые жемчужины, ядра гиперхромные с неровными очертаниями, полиморфные. Строма в опухоли скудная с инфильтрацией лимфоцитами, видны участки некроза.

1. Определите форму опухолевого поражения легких.
2. Назовите гистологический вид опухоли.
3. Перечислите предопухолевые процессы в легких.
4. Назовите гистологические признаки, определяющие степень дифференцировки опухоли.
5. Назовите первичные метастазы данной опухоли.

Ситуационная задача № 2

У мужчины 48 лет, лечившегося по поводу пневмокониоза, было обнаружено опухолевидное образование. *Макроскопически*: в верхушке правого легкого определяется узел округлой формы с нечеткими границами, в диаметре 6 см, на разрезе серо-белого цвета.

Микроскопически: патологически измененная ткань построена из цилиндрического эпителия, вырабатывающего муцин, который выстилает альвеолярные структуры, с формированием участков тубулярного строения. Опухоль растет среди фиброзной ткани с лимфоплазмочитарной инфильтрацией.

1. Определите форму опухолевого поражения легких.
2. Назовите гистологический вид опухоли.
3. Перечислите гистологические виды аденокарцином, чем они различаются.
4. Какой патологический процесс явился фоновым для развития заболевания.
5. Дайте определение пневмокониозам.

Ситуационная задача № 3

У мужчины 37 лет при флюорографии обнаружен субплевральный узел неправильной формы «хрящевой плотности», с четкими границами, с локализацией в нижней доле левого легкого, размерами 10 см в диаметре, поверхность разреза однородная полупрозрачная, беловатого цвета с участками обызвествления. *Микроскопически* – узел представлен хрящевой тканью, с участками ослизнения и очагами фиброзной и жировой ткани. Встречаются единичные железистые образования, выстланные кубическим эпителием.

1. Поставьте гистологический диагноз. Назовите разновидность патологического процесса.
2. Назовите причину развития данной патологии.
3. Назовите гистологические варианты данной патологии.
4. Перечислите отличительные признаки данной патологии от тератомы.
5. Перечислите возможные осложнения.

Ситуационная задача № 4

Мужчина 40 лет обратился в больницу с жалобами на кашель с большим количеством слизистой мокроты. Обследование выявило в левом легком множественные узлы разной величины с нечеткими контурами «облаковидные».

Микроскопически: полиморфные опухолевые клетки растут по стенкам предшествующих альвеол, формируя в некоторых участках сосочки с хорошо выраженной стромой. На отдельных участках к стенкам альвеол, растянутых слизистым содержимым, прикреплены группы опухолевых клеток, среди которых встречаются перстневидные клетки.

1. Определите форму опухолевого поражения легких.
2. Поставьте гистологический диагноз.
3. С чем необходимо дифференцировать данный патологический процесс.

Ситуационная задача № 5

У мужчины 52 лет, страдающего язвенной болезнью желудка появились жалобы на потерю аппетита, отвращение к мясной пище, постоянные боли, ухудшение общего состояния, быструю утомляемость, психическую депрессию.

При фиброгастроскопии в области большой кривизны желудка бугристое образование диаметром 4 см с дефектом в центре. *Микроскопически* в биоптате из края язвы отсутствует подслизистый слой, имеется инфильтрация клетками разной величины, с выраженным полиморфизмом ядер, формирующие уродливые – слившиеся и ветвящиеся железы. В области дна язвы имеется полное разрушение мышечного слоя и широкая зона рубцевания, выявляются признаки эндартериита, тромбоза.

1. Поставьте гистологический диагноз.
2. Назовите разновидность новообразования желудка, гистогенез.
3. Назовите фоновый патологический процесс.
4. Объясните патогенетическую связь основного и фонового заболеваний.
5. Перечислите ретроградные лимфогенные метастазы.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.
 2. Высокодифференцированный плоскоклеточный рак с ороговением.
 3. Хронический атрофический бронхит с плоскоклеточной метаплазией. Железистые полипы. Хронические заболевания бронхолегочной системы с выраженными рубцовыми изменениями.
 4. Умерено-дифференцированная аденокарцинома (без ороговения) –представлена тяжами и ячейками атипичных полигональных клеток с округлыми крупными ядрами, и хорошо выраженными ядрышками. В ячейках может сохраняться базальная ориентация клеток.
- Низкодифференцированная аденокарцинома представлена пластами округлых или овальных клеток, без тенденции к образованию слоистых структур.
5. Региональные лимфатические узлы.

Ситуационная задача №2

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.
2. Умереннодифференцированная аденокарцинома.
3. Виды аденокарцином: ацинарная, тубулярная, железисто-солидная. Различаются по степени дифференцировки.
4. Пневмокониоз, характеризующийся прогрессирующим фиброзированием легочной ткани.
5. Пневмокониозы - хронические профессиональные заболевания легких, развивающиеся от вдыхания пыли и сопровождающиеся стойкой соединительнотканной реакцией легочной ткани, узелкового или интерстициального типа.

Ситуационная задача №3

1. Хондроматозная гамартома. Доброкачественное опухолеподобное образование.
 2. Дисэмбриональное происхождение.
 3. Липоматозная; Лейомиоматозная; Фиброматозная; Ангиоматозная;
- Органоидная гамартома (имеется сочетание различных тканей).
4. Гамартома состоит из тех же компонентов, что и орган, где она находится, но отличается неправильным их расположением и степенью дифференцировки. В тератоме, содержатся и чужеродные тканевые зачатки для данного органа.
 5. Осложнения – обтурационный ателектаз, пневмония- в случае эндобронхиальной локализации.

Ситуационная задача №4

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.
2. Бронхиолоальвеолярный рак.
3. Дифференциальный диагноз:
 - А) С бронхолегочной аденокарциномой, часто развивающейся на фоне рубцовых изменений, характеризующейся более выраженной стромой и полиморфизмом, наличием солидных участков.
 - Б) С метастазами в легкие аденокарциномы, общий признак с бронхиолоальвеолярным раком - множественные узлы. Необходимо иммуногистохимическое исследование, и исключить наличие первичной опухоли.

Ситуационная задача № 5

1. Высокодифференцированная аденокарцинома.
2. Рак желудка. Злокачественная эпителиальная опухоль.
3. Язвенная болезнь желудка.
4. -Helicobacter pilori и вирусы герпеса человека (ГВЧ-4,5,6,7,8), поддерживают хроническое воспаление в стенке желудка и являются маркерами выраженного иммунодефицитного состояния и опосредованными канцерогенами; -генерация клетками, при хроническом воспалении, различных факторов роста и онкобелков, способствующих пролиферации эпителия; -в рубцовой ткани происходит депонирование экзо- и эндогенных канцерогенов, вызывающих активацию протоонкогенов, гипоксия и иммунодепрессия ведет к разобщению межклеточных взаимодействий, изменению состава коллагенов межклеточного матрикса.
5. Крукенберговский рак яичников, Вирховский метастаз в правый надключичный лимфатический узел, Шницлеровские метастазы в лимфатические узлы параректальной клетчатки.

Тема 6. Зачет по разделу «Патологическая анатомия».
Форма(ы) текущего контроля успеваемости (собеседование, диагностика макропрепарата и микропрепарата).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Собеседование

Все вопросы к текущим занятиям.

Диагностика макро- и микропрепаратов.

Макро- и микропрепараты, изучаемые на текущих занятиях.

Отработка практических умений и навыков (Микроскопическое изучение гистологических препаратов с оформлением патогистологического заключения).

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

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого 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. 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 материала, 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.
собеседование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
защита реферата	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы

3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам в устной форме и в форме демонстрации практических навыков.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

- Биопсия – виды, значение в клинике. Гистологическое исследование. Цитологическое исследование, иммуногистохимия, электронная микроскопия
- Морфология повреждения и смерти клеток. Обратимые и необратимые повреждения. Некроз. Причины, механизм развития, морфологическая характеристика. Клинико-морфологические формы некроза, пато- и морфогенез, клинико-морфологическая характеристика, методы диагностики, исходы.
- Дистрофия как вид повреждения тканей. Функциональная и морфологическая сущность дистрофии. Этиологические факторы, основные патогенетические звенья дистрофии, морфогенез. Принципы классификации дистрофий. Паренхиматозные, стромально-сосудистые и смешанные дистрофии: клинико-морфологическая характеристика, методы диагностики, клинические симптомы и синдромы, исходы.
- Расстройства кровообращения: изменения кровенаполнения, реологических свойств, нарушение проницаемости сосудистой стенки.
- Воспаление. Морфологические проявления острого и хронического воспаления. Гранулематозное воспаление. Этиология, механизмы развития, клинико-морфологическая характеристика и методы диагностики, исходы.
- Процессы адаптации. Морфо-функциональные особенности гиперплазии, гипертрофии и атрофии. Регенерация: определение, сущность и биологическое значение, связь с воспалением, исходы. Компоненты процесса заживления. Грануляционная ткань, ангиогенез.
- Определение понятия «опухоль». Значение биопсии в онкологии. Номенклатура и принципы классификаций опухолей (клинико-морфологическая, по уровню гистологической дифференцировки, по системе TNM).
- Этиология опухолей. Факторы риска развития опухолей. Роль экологических факторов (канцерогенные вещества, физические, инфекционные) и генетических факторов в развитии опухолей. Основные причины возникновения опухолей у людей.
- Строение опухоли. Строение опухоли в зависимости от выраженности в ней стромы и паренхимы, источника развития, степени ее дифференцировки. Структурно-функциональные особенности опухолевой клетки и стромы. Виды атипизма. Морфологический атипизм (тканевой и клеточный).
- Биологические и клинико-морфологические признаки опухоли, которые отличают ее от нормальных тканей. Понятия о катаплазии. Виды роста опухоли. Условия развития рецидивов, метастазов. Местное и общее влияние опухолей на организм.
- Особенности понятий «доброкачественная» и «злокачественная» опухоль. Их клинико-морфологическая характеристика.
- Морфогенез опухолей. Клинико-морфологическое обоснование стадийности развития опухоли: фоновые заболевания, факультативные и облигатные предопухолевые изменения тканей. Возникновение опухолевого зачатка, понятие об "опухолевом поле" и опухолевой прогрессии.
- Особенности строения эпителиальных опухолей. Источники их возникновения. Доброкачественные опухоли из эпителия: папиллома, аденома – источники развития, локализация. Прогноз.
- Предраковые процессы. Определение понятия. Основные морфологические изменения в эпителии в процессе формирования рака. Понятие о дисплазии эпителия, внутриэпителиальном раке. Клинико-морфологическое обоснование предраковых процессов: фоновые состояния, факультативные и облигатные предраковые изменения. Примеры.
- Злокачественные опухоли из эпителия (рак). Определение. Основные источники развития. Гистологические варианты рака в зависимости от степени дифференцировки опухоли. Клинико-анатомические особенности роста, метастазирования, влияния на организм.
- Мезенхимальные опухоли. Источники их возникновения, классификация и номенклатура в зависимости от гистогенеза и их дифференцировки. Особенности мезенхимальных опухолей.
- Доброкачественные мезенхимальные опухоли: основные места их локализации, особенности роста, строения, клинического проявления.
- Злокачественные опухоли (саркомы): строение, клинико-морфологические проявления, особенности различных гистологических вариантов, роль предшествующих доброкачественных опухолей.
- Опухоли меланинообразующей ткани. Источник развития и локализация:
- пигментные образования кожи, меланома, клинико-морфологическая классификация и характеристика основных вариантов, прогноз.
- Опухоли нервной системы и оболочек мозга: источники развития, клинико-морфологическая характеристика.

22. Инфекционно-воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Клинико-морфологическая характеристика острых и хронических форм ринита, синусита, аденоидита, ларингита и фарингита. Неинфекционные причины развития ларингита и трахеита. Местные и внутричерепные осложнения, системное воздействие на организм.
23. Острый бронхит. Этиопатогенез, морфологические особенности различных форм, осложнения.
24. Острые воспалительные заболевания респираторного отдела легких. Пневмония. Классификация. Этиология, патогенез, морфологические особенности бронхопневмонии.
25. Крупозная пневмония. Этиология, патогенез, стадии развития, клинико-морфологические особенности. Деструктивные осложнения: абсцесс легкого, гангрена.
26. Острая интерстициальная пневмония. Вирусная и микоплазменная пневмонии. Клинико-морфологическая характеристика, исходы.
27. Хронические неспецифические заболевания легких. Причины развития. Механизм развития обструктивных и рестриктивных болезней легких.
28. Хронический бронхит. Определение. Классификация. Клинико-морфологическая характеристика различных форм хронического бронхита, осложнения. ХОБЛ.
29. Хроническая обструктивная эмфизема. Бронхиальная астма. Клинико-морфологическая характеристика. Осложнения.
30. Рестриктивные заболевания легких. Определение, морфогенез хронических интерстициальных болезней легких. Классификация, причины развития.
31. Пневмоконииозы (антракоз, силикоз, асбестоз, бериллиоз). Пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, причины смерти.
32. Туберкулез легких. Клинико-морфологическая характеристика первичного, вторичного и гематогенного туберкулеза.
33. Саркоидоз легких. Дифференциальная морфологическая характеристика гранулематозных заболеваний с поражением легких.
34. Заболевания плевры специфического и неспецифического характера. Тканевые изменения при инфекционных, токсических и инфекционно-аллергических поражениях. Осложнения. Пневмоторакс, гидроторакс. Ателектаз и коллапс легкого.
35. Заболевания зева и глотки. Острые и хронические формы тонзиллитов. Гиперпластические процессы лимфаденоидной ткани глоточного кольца, возрастные особенности.
36. Болезни пищевода. Эзофагит. Этиопатогенез, морфология острых и хронических форм.
37. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь пищевода. Пищевод Барретта. Гиперпластические полипы.
38. Острый гастрит. Этиопатогенез, клинико-морфологическая характеристика различных форм. Осложнения. Исходы.
39. Хронический гастрит, сущность процесса. Этиология, патогенез. Принципы классификации. Морфологическая характеристика гистологических вариантов. Осложнения. Хронический гастрит как предраковое состояние.
40. Острые язвы желудка: этиология, патогенез, морфологическая характеристика, осложнения, исходы.
41. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки: Определение. Общая характеристика, пато- и морфогенез пептических язв желудка и 12-перстной кишки. Морфологическая характеристика хронической язвы в период обострения и ремиссии. Осложнения, исходы.
42. Гиперпластические полипы желудка, морфология, клиническое значение.
43. Гастропатии. Классификация, морфологические варианты. Исходы. Варикозное расширение вен желудка. Причины, осложнения. Другие патологические процессы в желудке.
44. Энтериты. Причины, морфология острых и хронических форм.
45. Энтеропатии. Патологическая анатомия дисахаридозной недостаточности, гиперкатаболической гипопроteinемической и глютеновой энтеропатии.
46. Идиопатические воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, прогноз.
47. Болезнь Крона. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, прогноз.
48. Псевдомембранозный колит. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, прогноз. Критерии дифференциальной диагностики хронических колитов
49. Заболевания червеобразного отростка слепой кишки. Аппендицит. Классификация, морфологическая характеристика острого и хронического аппендицита. Осложнения.
50. Доброкачественные опухоли гортани.
51. Предраковые состояния и заболевания гортани.
52. Гистологические формы рака бронхов.
53. Доброкачественные опухоли бронхов.
54. Предраковые состояния и заболевания бронхов.
55. Злокачественные опухоли бронхов.
56. Доброкачественные опухоли легких.
57. Предраковые состояния и заболевания легких.
58. Злокачественные опухоли легких.
59. Этиология и патогенез опухолей пищеварительной системы.
60. Морфогенез опухолей пищеварительной системы.
61. Классификации опухолей пищеварительной системы.
62. Доброкачественные опухоли пищевода.
63. Предраковые состояния и заболевания пищевода. Пищевод Барретта.
64. Гистологические формы рака пищевода.
65. Доброкачественные опухоли пищевода.
66. Предраковые состояния и заболевания желудка.
67. Злокачественные опухоли желудка.
68. Доброкачественные эпителиальные и мезенхимальные опухоли желудка.
69. Предраковые заболевания кишечника. Значение неспецифических колитов в развитии рака толстой кишки.
70. Карциноидные опухоли.
71. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.
72. Доброкачественные и злокачественные опухоли поджелудочной железы.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

Ситуационная задача №1

Труп мужчины на вид около 60 лет с выраженным диффузным акроцианозом, отеками ног. Мягкая мозговая оболочка с венозным застойным полнокровием. Сердце массой 310 гр., толщиной миокарда левого желудочка 1,2 см., правого 0,6 см. Полости правого предсердия и желудочка расширены, переполнены красными посмертными свертками крови. Плевральные полости облитерированы. В легких стенки бронхи резко утолщены, не спадаются и выступают над поверхностью разреза в виде «гусиных перьев», в просвете слизисто-гнойное содержимое, перибронхиальное, периваскулярное разрастание соединительной ткани. Верхушки легких повышенной воздушности, в базальных отделах - тонкостенные пузыри. Печень увеличена, плотная, пестрого вида - на коричнево-желтоватом фоне красные вкрапления. В селезенке и почках венозное полнокровие. *Микроскопически:* в просвете бронха лейкоциты, слизь, фибрин, эпителий местами слущен, местами с признаками плоскоклеточной метаплазии, в подслизистом слое - склероз, диффузный лимфо-макрофагальный инфильтрат с примесью нейтрофилов, слизистые железы гиперплазированы. Просветы респираторных бронхиол и альвеол расширены, альвеолярные перегородки выпрямлены, истончены, местами разрушены образующие полости. Стенки сосудов утолщены, склерозированы. Мышечные волокна правого сердца с гипертрофией кардиомиоцитов, склерозом стромы. В печени венозное полнокровие, жировая дистрофия гепатоцитов, кровоизлияния в центре печеночных долек.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите осложнение основного заболевания.
3. Объясните механизм развития осложнений.
4. Клинико-морфологические проявления правожелудочковой недостаточности.
5. Назовите причину смерти больного.

Ситуационная задача №2

Труп мужчины 32 года. Из истории болезни известно, что злоупотребляет алкоголем, заболел остро, поднялась температура до 39° С, в стационар поступил на 3 день заболевания. На 9 день пребывания в стационаре у него появилась обильная мокрота с запахом. Смерть от острой сердечной недостаточности.

При вскрытии: головной мозг массой 1227 гр., сердце массой 310 гр., дряблой консистенции, тусклого вида с расширенными полостями, толщиной миокарда левого желудочка 1,2 см., правого - 0,3 см. Обе верхние доли легких уплотнены до печеночной консистенции, серовато-красные. В центрах обеих долей формирующиеся вследствие распада тканей полости, содержащие жидкий коричневого цвета зловонный гной.

Микроскопически: в просвете альвеол легких большое количество распадающихся нейтрофилов, эритроцитов, фибрин; ткань из центральных долей некротизирована, распадающаяся. В сердце фрагментация миокардиоцитов, отек стромы, нарушение в сосудах микроциркуляции.

1. Назовите основное заболевание, его стадию.

2. Назовите возникшее легочное осложнение.
3. Перечислите возможные причины и механизм развития осложнения.
4. Чем объясняется развитие патологических изменений в сердце.
5. Назовите возможные причины смерти при прогрессировании заболевания.

Ситуационная задача № 3

Мужчина 40 лет обратился в больницу с жалобами на кашель с большим количеством слизистой мокроты. Обследование выявило в левом легком множественные узлы разной величины с нечеткими контурами «облаковидные».

Микроскопически: полиморфные опухолевые клетки растут по стенкам предшествующих альвеол, формируя в некоторых участках сосочки с хорошо выраженной стромой. На отдельных участках к стенкам альвеол, растянутых слизистым содержимым, прикреплены группы опухолевых клеток, среди которых встречаются перстневидные клетки.

1. Определите форму опухолевого поражения легких.
2. Поставьте гистологический диагноз.
3. С чем необходимо дифференцировать данный патологический процесс

Ситуационная задача № 4

У мужчины 40 лет появились общая слабость, кашель с мокротой, повышение температуры тела до 38,5 градусов, повышенная потливость. В крови повышение СОЭ, лимфопения, моноцитоз. Выполнена рентгенография органов грудной клетки. Обнаружено: расширение средостения за счет увеличения размеров трахеобронхиальных лимфатических узлов. Антибактериальная терапия – без эффекта. Выполнена торакоскопия с биопсией лимфатических узлов. *Микроскопически:* в ткани лимфатических узлов очаги специфического продуктивного воспаления с обширными зонами казеозного некроза и лимфоцитарной инфильтрацией, наличием кальцинатов. При окрашивании по Цилю-Нельсену в макрофагах обнаружены многочисленные кислотоустойчивые палочки.

1. Назовите основное заболевание, его форму.
2. О чем могут свидетельствовать кальцинаты в пораженных лимфатических узлах.
3. Перечислите возможные осложнения данной патологии.
4. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача № 5

У женщины 30 лет появился непродуктивный кашель, незначительная одышка, повышение температуры тела до 37,5 градусов Цельсия. Выполнена рентгенография органов грудной клетки. Обнаружено увеличение в размерах лимфоузлов средостения. Из анамнеза известно, что точно такое же увеличение лимфоузлов средостения было зафиксировано 1 год назад при плановом диспансерном обследовании. Лечение не получал. Выполнена торакоскопия с биопсией лимфоузла средостения. *Микроскопически:* рисунок строения лимфатического узла изменен многочисленными сливающимися «штампованными» округлыми гранулемами, образованными эпителиоидными клетками. Гранулемы, кроме эпителиоидных клеток, содержат немногочисленные гигантские многоядерные клетки. В некоторых гигантских клетках отчетливо видны слоистые базофильные структуры – конхоидные тельца. Очаги некрозов в гранулемах не обнаруживаются.

1. Назовите основное заболевание, его форму.
2. Назовите стадии и формы данной патологии легких.
3. Объясните природу конхоидных телец.
4. Перечислите возможные осложнения заболевания легких.
5. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача № 6

Труп ребенка 1,5 года истощенного. *При вскрытии:* в правом легком под плеврой патологический очаг бело-желтого цвета около 2 см. Лимфатические узлы корней легких увеличены до 2 см. в поперечнике, с подобными участками бело-желтого цвета, консистенции свежего, мягкого творога. Ткань обоих легких отечная, во всех отделах видны множественные мелкие белесоватые очаги размерами с просяное зерно. Такие же очажки имеются в брюшине, плевре и мозговой оболочке, которая утолщена, желатиноподобного вида.

При микроскопическом исследовании мелкие очажки представлены гранулемами, в центре которых некроз и инфильтрация эпителиоидными клетками по периферии. Очаг под плеврой и ткань лимфатического узла ворот корня легкого представлены казеозным некрозом.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите клинико-морфологическую форму прогрессирования данной патологии.
3. Назовите морфологический субстрат основного заболевания.
4. Назовите гистологический патогномичный признак данного заболевания.
5. Назовите причину смерти.

Ситуационная задача № 7

В реанимационное отделение с приступом удушья доставлен ребенок 9 лет. В гортани и трахеи обнаружены серо-жёлтые легко отделяющиеся плёнки, обтурирующие просвет. После операции трахеостомии дыхание было восстановлено, но через неделю повысилась температура тела до 37,5 С, появился кашель со слизисто-гноющей мокротой, в лёгких стали выслушиваться влажные хрипы.

1. Назовите основное заболевание, его форму.
2. Назовите осложнение основного заболевания и его составляющие.
3. Назовите патологический процесс, способствующий ухудшению состояния ребенка, объясните механизм его развития.
4. Назовите редко встречающиеся формы заболевания.
5. Перечислите возможные общие осложнения основного заболевания.

Ситуационная задача № 8

У ребёнка 5 лет появились боли в горле, повысилась температура тела. На 2-й день от начала заболевания выявлена мелкоточечная ярко-красная сыпь, покрывающая поверхность тела, за исключением носогубного треугольника. При осмотре горла - ярко-красные зев, малиновый язык, миндалины увеличены, на поверхности сероватая пленка, плотна соединенная с подлежащей тканью, после отторжения которой остаются глубокие дефекты - язвы, некоторые с гнойным расплавлением. В перитонзиллярной ткани — отек, мелкие кровоизлияния.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите воспалительную тканевую реакцию в месте входных ворот.
3. Назовите заболевания с экзантемой, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Назовите формы тяжелого течения болезни и их проявления.

Ситуационная задача № 9

У девочки 15 лет поднялась температура, появились боли в горле, миндалины воспалились по типу фолликулярной ангины. В крови уровень гемоглобина, количество эритроцитов и ретикулоцитов снижены, количество лейкоцитов повышено. Увеличились шейные лимфатические узлы, селезенка и печень. Появилась розеолезная сыпь на лице, туловище, конечностях, на слизистых оболочках петехиальные кровоизлияния, мелена. Девочка умерла. На вскрытии: увеличение периферических и висцеральных лимфатических узлов, селезенки и печени. Глоточные миндалины увеличены, слизистая оболочка зева гиперемирована с кровоизлияниями. *При микроскопическом исследовании* лимфатических узлов и селезенки наличие крупных лимфобластных клеток с большим количеством митозов. В междольковой соединительной ткани печени – обильные инфильтраты из крупных мононуклеарных клеток.

1. Назовите основное заболевание, его форму.
2. Назовите характерный признак в формуле крови при этом заболевании.
3. Объясните, чем обусловлено развитие кровоизлияний.
4. Назовите цитогенетические прогностические признаки при данной патологии.

Ситуационная задача № 10

У мужчины 62 лет в области корня правого легкого обнаружен узел диаметром 8 см на разрезе – беловато-серого цвета без четких контуров, связанный с просветом бронха, стенки которых уплотнены и утолщены. От узла в ткань легкого вырастают тяжи сероватой ткани. Лимфатические узлы корня легкого увеличены, на разрезе серо-белые. *Микроскопически* – опухоль состоит из слоев высокодифференцированных полиморфных клеток, с сохранением базальной ориентации, имеются роговые жемчужины, ядра гиперхромные с неровными очертаниями, полиморфные. Строма в опухоли скудная с инфильтрацией лимфоцитами, видны участки некроза.

1. Определите форму опухолевого поражения легких.
2. Назовите гистологический вид опухоли.
3. Перечислите предопухолевые процессы в легких.
4. Назовите гистологические признаки, определяющие степень дифференцировки опухоли.
5. Назовите первичные метастазы данной опухоли.

Ситуационная задача № 11

У мужчины 48 лет, лечившегося по поводу пневмокониоза, было обнаружено опухолевидное образование. *Макроскопически:* в верхушке правого легкого определяется узел округлой формы с нечеткими границами, в диаметре 6 см, на разрезе серо-белого цвета.

Микроскопически: патологически измененная ткань построена из цилиндрического эпителия, вырабатывающего муцин, который выстилает альвеолярные структуры, с формированием участков тубулярного строения. Опухоль растет среди фиброзной ткани с лимфоплазмочитарной инфильтрацией.

1. Определите форму опухолевого поражения легких.
2. Назовите гистологический вид опухоли.
3. Перечислите гистологические виды аденокарцином, чем они различаются.
4. Какой патологический процесс явился фоновым для развития заболевания.
5. Дайте определение пневмокиозам.

Ситуационная задача № 12

У мужчины 37 лет при флюорографии обнаружен субплевральный узел неправильной формы «хрящевой плотности», с четкими границами, с локализацией в нижней доле левого легкого, размерами 10 см в диаметре, поверхность разреза однородная полупрозрачная, беловатого цвета с участками обызвествления. *Микроскопически* – узел представлен хрящевой тканью, с участками ослизнения и очагами фиброзной и жировой ткани. Встречаются единичные железистые образования выстланные кубическим эпителием.

1. Поставьте гистологический диагноз. Назовите разновидность патологического процесса.
2. Назовите причину развития данной патологии.
3. Назовите гистологические варианты данной патологии.
4. Перечислите отличительные признаки данной патологии от тератомы.
5. Перечислите возможные осложнения.

Ситуационная задача № 13

Мужчина 40 лет обратился в больницу с жалобами на кашель с большим количеством слизистой мокроты. Обследование выявило в левом легком множественные узлы разной величины с нечеткими контурами «облаковидные».

Микроскопически: полиморфные опухолевые клетки растут по стенкам предшествующих альвеол, формируя в некоторых участках сосочки с хорошо выраженной стромой. На отдельных участках к стенкам альвеол, растянутых слизистым содержимым, прикреплены группы опухолевых клеток среди которых встречаются перстневидные клетки.

1. Определите форму опухолевого поражения легких.
2. Поставьте гистологический диагноз.
3. С чем необходимо дифференцировать данный патологический процесс.

Ситуационная задача № 14

У мужчины 52 лет, страдающего язвенной болезнью желудка появились жалобы на потерю аппетита, отвращение к мясной пище, постоянные боли, ухудшение общего состояния, быструю утомляемость, психическую депрессию.

При фиброгастроскопии в области большой кривизны желудка бугристое образование диаметром 4 см с дефектом в центре. *Микроскопически* в биоптате из края язвы отсутствует подслизистый слой, имеется инфильтрация клетками разной величины, с выраженным полиморфизмом ядер, формирующие уродливые – слившиеся и ветвящиеся железы. В области дна язвы имеется полное разрушение мышечного слоя и широкая зона рубцевания, выявляются признаки эндартериита, тромбоза.

1. Поставьте гистологический диагноз.
2. Назовите разновидность новообразования желудка, гистогенез.
3. Назовите фоновый патологический процесс.
4. Объясните патогенетическую связь основного и фонового заболеваний.
5. Перечислите ретроградные лимфогенные метастазы.

Ситуационная задача № 15

Мужчина 50 лет обратился за медицинской помощью по поводу хронического кашля, хрипловатости голоса, боли в горле при глотании. При опросе выяснилось, что больной длительное время страдает изжогой, проявляющейся в ощущении жжения за грудиной и в области эпигастрии, отрыжкой воздухом, появлением во рту кислотного привкуса. При эндоскопическом исследовании пищевода обнаружены длинные сегменты цилиндрического эпителия, распространяющегося вверх по пищеводу, над областью пищеводно-желудочного перехода, и имеющего характерный красный цвет и "бархатный" вид, на фоне расположенного рядом с ним тонкого, бледного, с глянцевой поверхностью плоского эпителия. В биопсийном материале из дистального отдела пищевода, выявляется ограниченное замещение слоев плоского эпителия на специализированный кишечный эпителий. И поверхность слизистой оболочки, и железы кишечного типа выстланы цилиндрическим эпителием. Слизистая оболочка из области пищеводно-желудочного перехода представлена пролиферирующими железами и солидными структурами из атипичного железистого эпителия с множественными митозами.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите фоновое заболевание и связанное с ним осложнение, способствовавшее развитию данной патологии.
3. Отметьте ведущую роль в патогенезе фонового заболевания и причины его развития.
4. Назовите морфологический критерий данного осложнения.

Ситуационная задача № 16

Труп истощенного мужчины 65 лет. Из истории болезни: болен опухолью желудка (гистологически аденокарцинома), 4 клиническая группа. *Вскрытие:* сердце обычных размеров, массой 280,0 гр. В пилорическом отделе желудка опухолевый узел белесовато-серого цвета на разрезе. В воротах печени аналогичная описанному узлу опухолевая ткань, с единичными мелкими округлыми узелками в паренхиме печени. В правом легком очаговые светло-серые уплотнения, с поверхности разреза, которых выделяется мутная белесоватая жидкость. *Микроскопически* в ткани опухолевых узлов желудка и печени картина аденокарциномы. В легких слизистая бронхов полнокровная, в просвете бронхов слизь, гной, спущенные эпителиальные клетки. В просвете альвеол скопление распадающихся нейтрофилов, эритроциты.

1. Назовите основное заболевание.
2. Объясните механизм развития патологического процесса в печени.
3. Назовите отличительные морфологические критерии первичной и вторичной злокачественной опухоли.
4. Какое осложнение явилось причиной смерти.

Ситуационная задача № 17

Мужчина 35 лет с жалобами на чувство тяжести и полноты в эпигастральной области, тошноту, позывы к рвоте, схваткообразные боли в верхней части живота. Причину появления болей ни с чем не связывает.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами, видны множественные мелкие дефекты слизистой оболочки черного цвета. Произведена фиброгастроскопия со взятием слизистой оболочки желудка. *Микроскопически:* слизистая оболочка покрыта слизистым экссудатом с примесью нейтрофилов и спущенного покровного эпителия, имеются участки некроза не захватывающие мышечную пластинку слизистой оболочки. В подслизистом слое – отёк, полнокровие сосудов, диапезные кровоизлияния и значительная нейтрофильная инфильтрация.

1. Назовите основное заболевание, его форму.
2. Перечислите экзогенные причины данной патологии.
3. Назовите отличительный признак эрозии от острой язвы.
4. Чем обусловлен черный цвет дефектов слизистой оболочки.
5. Перечислите все морфологические формы данной патологии.

Ситуационная задача № 18

Мужчина 35 лет с болями диффузного характера в верхней части живота. Причину появления болей связывает с употреблением на закуску горькой редьки.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее покрыта в отдельных местах слизистыми массами, в других пленкой желто-коричневого цвета, имеются множественные очаги черного цвета, различных размеров. Произведена эндогастробиопсия. *Микроскопически* в одних биоптатах повышенное слизееобразование, десквамация поверхностного эпителия, острые эрозии, в других биоптатах секреторная активность желез подавлена, некротические изменения с фибрином вовлекают в процесс мышечную пластинку слизистой оболочки, выраженная инфильтрация нейтрофилами и диапезные кровоизлияния.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите тканевую реакцию, лежащую в основе его развития.
3. Назовите виды данного воспаления.
4. Перечислите причины развития.
5. Назовите возможное осложнение.

Ситуационная задача № 19

Мужчина 35 лет с болями диффузного характера в верхней части живота. Причину появления болей ни с чем не связывает, периодически боли то усиливаются, то ослабевают.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая оболочка сглажена, кое-где видны мелкие дефекты - острые эрозии. Произведена эндогастробиопсия. *Микроскопически* слизистая оболочка истончена, железы атрофированы, расположены редко. На месте атрофированных желез разрастание соединительной ткани. Сохранившиеся железы располагаются отдельными группами, протоки желез расширены, отдельные виды клеток в железах плохо дифференцированы. Среди эпителиальных клеток желез большое количество бокаловидных клеток и каемчатых эпителиоцитов, наличие клеток Панета. Собственный слой слизистой оболочки инфильтрирован лимфоцитами, плазматическими клетками, с примесью нейтрофилов.

1. Назовите заболевание и его форму.
2. Назовите основные процессы морфогенеза патологии.
3. К какому патологическому процессу относится данная патология.
4. Перечислите виды метаплазии.
5. Определите клиническую значимость метаплазии слизистой желудка.

Ситуационная задача №20

Мужчина 45 лет с сильными болями в эпигастрии. Причину появления болей связывает с погрешностями в диете.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая оболочка утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами. В препилорическом отделе кратерообразный дефект неправильной формы, размером 1см, с окрашенным в черно-бурый цвет дном. Произведена эндобиопсия стенки дефекта и слизистой оболочки желудка. *Микроскопически*: фокус некроза захватывает слизистую оболочку и подслизистую основу желудка, формируя дефект клиновидной формы с выраженным фибринозно-лейкоцитарным инфильтратом, кровоизлияниями. В окружающей слизистой оболочке уменьшение количества желез, эпителиальные клетки напоминают колоноциты, много бокаловидных клеток, в собственной пластинке разрастание соединительной ткани, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и единичными нейтрофилами.

1. Назовите основное заболевание, стадию.
2. Объясните роль *Helicobacter* в развитии данной патологии.
3. Назовите местные факторы патогенеза в развитии пилородуоденальных язв.
4. Перечислите морфологические отличия симптоматической язвы от пептической язвы.
5. Назовите сопутствующие заболевания желудка.

Ситуационная задача №21

Мужчина 45 лет с острыми болями в эпигастрии. Причину появления болей связывает с погрешностями в диете.

При эндоскопическом исследовании желудка слизистая оболочка сглажена, поверхность ее обильно покрыта слизистыми массами. В антральном отделе дефект неправильно овальной формы, в поперечнике 3 см., с окрашенным в черный цвет гладким дном, края валикообразно приподняты, плотные, со стороны пищевода нависающие над дефектом, и пологие со стороны пилорического отдела. Произведена эндогастробиопсия стенки дефекта и слизистой оболочки желудка. *Микроскопически* в дне дефекта фибринозно-гнойный экссудат, с обширной зоной фибриноидного некроза, в подлежащей ткани и в стенке рубцовая ткань. Вокруг дефекта в стенке желудка слизистая оболочка истончена, железы атрофированы, расположены редко. На месте атрофированных желез разрастание соединительной ткани.

1. Назовите основное заболевание, фазу патологического процесса.
2. Назовите морфологический субстрат данной болезни.
3. Перечислите возможные осложнения данной патологии.
4. Для какого заболевания данная патология может являться фоновым.
5. Какая локализация патологического процесса неблагоприятна в отношении малигнизации.

Ситуационная задача №22

У мужчины 48 лет, страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки, боли перестали носить сезонный характер, стали постоянными, упорными, отдающими в спину и принимающие часто опоясывающий характер. В крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ. При фибродуоденоскопии на задней стенке 12-перстной кишки дефект стенки с круглыми валикообразными краями вокруг глубокого кратера. При лапароскопии головка поджелудочной железы как бы припаяна к 12-перстной кишке.

Микроскопически в биоптате из дна дефекта некробиотически измененная ткань поджелудочной железы, в стенке дефекта рубцовая ткань. В слизистой оболочке тонкой кишки очаговая атрофия желез, инфильтрация лимфоцитами, с формированием лимфоидных фолликулов, в подслизистом слое разрастание соединительной ткани.

1. Назовите основное заболевание.
2. Назовите осложнения основного заболевания.
3. Перечислите клинико-морфологические формы патологии поджелудочной железы.
4. Перечислите возможные осложнения данной патологии.
5. Назовите второе заболевание, которое может развиваться на фоне данной патологии поджелудочной железы.

Ситуационная задача № 23

Мужчина 39 лет с жалобами на упорные, интенсивные боли в верхней части живота, изжогу и отрыжку, водянистую диарею. При обследовании выявлено значительное повышение гастрин и соляной кислоты. При эндоскопии обнаружены широкие и высокие складки, формирующие крупные желудочные поля, с множественными очаговыми дефектами слизистой оболочки. *Микроскопически* желудочные ямки обычной глубины, поверхностные и фовеолярные клетки слизистой оболочки без изменений, в железах выраженная гиперплазия париетальных клеток, которые встречаются в биоптатах из фундального и кардиального отделов. В слизистой оболочке тела и дна имеются участки некроза, вовлекающие в процесс мышечную пластинку.

1. Назовите основное заболевание, его морфологическую форму
2. Каким клиническим синдромом проявляется данная патология.
3. Объясните сущность пептической язвы.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный патологический процесс.
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Ситуационная задача № 24

У женщины 45 лет жалобы на боли в подложечной области ноющего характера, возникающие вскоре после приема пищи и сопровождаются ощущением тяжести и распирания в животе, тошноту и нередко рвоту. Пациентка отмечает потерю массы тела и периферические отеки. В сыворотке крови гипоальбуминемия и незначительное повышение концентрации гастрин. При эндоскопическом исследовании слизистая оболочка желудка гипертрофирована, складки увеличены симметрично, ограничены телом и дном желудка. *Микроскопически* гиперплазия покровно-ямочного эпителия, выраженное удлинение ямок слизистой оболочки, достигающее основания слизистой оболочки. Ямки выглядят извитыми, расширенные просветы заполнены слизью. Некоторые увеличенные желудочные железы проникают в мышечный слой с превращением их в кисты. Количество желез уменьшено, главные и обкладочные клеткам атрофированном состоянии, количество слизеобразующих клеток резко увеличено.

1. Назовите основное заболевание, его морфологическую форму
2. Определите основное звено в патогенезе болезни.
3. Каким клиническим синдромом проявляется данная патология.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный патологический процесс.
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Ситуационная задача №25

Мужчина 23 лет был госпитализирован с клинической картиной острого живота. Из анамнеза известно, что болен в течении 2 суток. Для гистологического исследования прислан червеобразный отросток. *Макроскопически* отросток увеличен, утолщен до 1,5 см., серозная оболочка гиперемирована, тусклая с наложениями фибрина. На разрезе ткань светло-серая, в просвете зеленовато-серое густое содержимое. *Микроскопически* все слои стенки аппендикса диффузно инфильтрированы полиморфно-ядерными лейкоцитами, в слизистой оболочке — выраженная гиперемия сосудов, фокусы некроза.

1. Назовите основное заболевание и его форму.
2. Назовите не деструктивные формы заболевания, их отличия.
3. Перечислите возможные осложнения основного заболевания.
4. С какими заболеваниями дифференцируют данную патологию.

Ситуационная задача № 26

Женщина 25 лет была госпитализирована в плановом порядке. Из анамнеза известно, что пациентку длительное время беспокоили боли в правой подвздошной области. Для гистологического исследования прислан червеобразный отросток.

Макроскопически отросток толщиной 2,5 см., плотный, серозная оболочка бледная со следами фиброзных спаек, на разрезе стенка утолщена, в просвете слизистое содержимое. *Микроскопически* слизистая оболочка отростка атрофична, с единичными лимфоидными фолликулами. В подслизистой и мышечной оболочках остатки грануляционной ткани, фиброз и коллагенизация.

1. Назовите заболевание и его форму.
2. Назовите возможную причину заболевания.
3. Объясните механизм развития описанных изменений.

4.Перечислите возможные осложнения данной патологии.

5.Объясните, в чем отличие эмпиемы от флегмонозного воспаления.

Ситуационная задача № 27

Групп умеренно истощенного мужчины средних лет. Из истории болезни известно, что поступил на 3 день заболевания по поводу перфоративного аппендицита. Произведена лапаротомия с ревизией и санацией брюшной полости, удалением аппендикса и дренированием операционной раны. Исследование крови на посевы в течение первых суток выявило анаэробную инфекцию. После операции состояние оставалось тяжелым, появились функциональные изменения в печени, почках, присоединилась пневмония. Смерть на 14 день пребывания в больнице. *При вскрытии:* в илеоцекальном углу дренированный абсцесс, в венах правой подвздошной области тромбы, в брюшной полости фибринозно-гнойное содержимое с формированием межпетлевых абсцессов. Регионарные лимфатические узлы увеличены. В печени и почках множественные абсцессы. В легких участки уплотнений темно-красного цвета, с многочисленными субплевральными очагами желтого цвета. *При микроскопическом исследовании* в венах брыжейки септические тромбы, в брюшной полости диффузная инфильтрация нейтрофилами, в лимфатических узлах гиперплазия фолликулов, в печени, почках выраженная дистрофия паренхиматозных элементов, тромбофлебиты с образованием множественных метастатических гнойных очагов, в легких - в просвете альвеол экссудат, состоящий из нейтрофилов с примесью эритроцитов, фибрина и слущенного эпителия.

1. Назовите основное заболевание.

2. Назовите осложнение основного заболевания.

3. Назовите причину смерти.

4. Назовите формы абдоминального сепсиса.

5. Назовите виды перитонита по этиологии.

Ситуационная задача № 28

Групп мужчины средних лет умеренно истощенного. Умер в инфекционном отделении больницы на 15 день заболевания. *При вскрытии:* в просвете дистального отдела тонкой и во всех отделах толстой кишки кровь. Лимфоидные фолликулы подвздошной кишки увеличены в размерах, с некрозом, образованием язв овальной формы с неровными краями, располагающихся по длине кишки. В одной из язв арозированный кровеносный сосуд. Лимфатические узлы брыжейки кишки увеличены, на разрезе серо-розовые, сочные.

При микроскопическом исследовании в лимфоидных фолликулах и пейеровых бляшках подвздошной кишки некроз с отторжением некротических масс и изъязвлением стенки кишки и кровеносного сосуда. В интрамуральных нервных ганглиях дистрофия нервных клеток и волокон. В лимфатических узлах пролиферация моноцитов, ретикулярных клеток, скопления больших макрофагальных клеток со светлой цитоплазмой. В легких, печени, селезенке, костном мозге, почках, стенке желчного пузыря скопление клеток с формированием подобия гранулем из моноцитов, ретикулярных клеток, крупных макрофагов со светлой цитоплазмой и небольшого количества лимфоцитов.

1. Назовите основное заболевание, его стадию.

2. Назовите осложнение основного заболевания.

3. Назовите общие проявления заболевания, объясните, чем они обусловлены.

4. Перечислите возможные внекишечные осложнения болезни.

5. Назовите причину смерти.

Ситуационная задача № 29

У женщины, больной туберкулезом, умер 3-месячный ребенок от разлитого перитонита. На вскрытии обнаружены: перфоративная язва тощей кишки, плотные мезентериальные лимфатические узлы, на разрезе представленные серо-желтыми массами творожистого вида. *При микроскопическом исследовании* в стенке тощей кишки участок казеозного некроза, распространяющийся на все слои, на париетальной и висцеральной брюшине казеозно-некротические язвы. Вокруг некроза клеточный инфильтрат представленный эпителиоидными клетками, лимфоцитами и единичными клетками Пирогова-Лангханса. В мезентериальных лимфатических узлах идентичная гистологическая картина.

1. Назовите основное заболевание.

2. Назовите локализацию органических поражений, морфологическую форму патологического процесса.

3. Назовите осложнение основного заболевания.

4. Объясните механизм развития осложнений.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1

1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Хронический обструктивный бронхит. Буллезная эмфизема легких. Пневмосклероз.

2. Хроническое легочное сердце.

3. Склероз легочных сосудов и пневмосклероз приводят к развитию гипертензии малого круга кровообращения и гипертрофии правого желудочка сердца. Развивается прогрессирующая правожелудочковая недостаточность.

4. Хроническое венозное полнокровие паренхиматозных органов в большом круге кровообращения: мускатная печень, цианотическая индурация почек и селезенки, отеки.

5. Хроническая сердечно-легочная недостаточность.

Ситуационная задача №2

1. Крупозная пневмония, стадия серого опеченения.

2. Гангрена легкого.

3. Этиопатогенез гангрены: снижение иммунологической реактивности организма, инфицирование дыхательных путей аэробной микробной флорой в сочетании с нарушением легочного кровообращения на фоне хронической алкогольной интоксикации.

4. Патологические изменения в сердце связаны с глубокой интоксикацией организма.

5. Легочное кровотечение, пиопневмоторакс, сепсис, абсцессы мозга.

Ситуационная задача №3

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.

2. Бронхиолоальвеолярный рак.

3. Дифференциальный диагноз:

А) С бронхолегочной аденокарциномой, часто развивающейся на фоне рубцовых изменений, характеризующейся более выраженной стромой и полиморфизмом, наличием солидных участков.

Б) С метастазами в легкие аденокарциномы, общий признак с бронхиолоальвеолярным раком - множественные узлы. Необходимо иммуногистохимическое исследование, и исключить наличие первичной опухоли.

Ситуационная задача №4

1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Активная форма.

2. О рецидиве туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов вследствие обострения остаточных изменений после перенесенного первичного туберкулеза.

3. Инфильтративно-продуктивные изменения стенки бронха, лимфобронхиальные свищи, свищи трахеи, рубцы деформирующие просвет бронхов, неспецифический катаральный эндобронхит, ателектагически-пневмонические процессы, экссудативный плеврит, диссеминация в легкие.

4. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов необходимо дифференцировать с лимфогранулематозом, лимфосаркомой и саркоидозом.

Ситуационная задача №5

1. Саркоидоз. Медиастинально-легочная форма.

2. Стадия I – (лимфофелезистая форма)- двустороннее, чаще асимметричное увеличение бронхопупльмональных, реже трахеобронхиальных, бифуркационных и паратрахеальных лимфоузлов.

Стадия II – (медиастинально-легочная форма) - двусторонняя диссеминация с инфильтрацией легочной ткани и поражением внутригрудных лимфоузлов.

Стадия III (легочная форма) – выраженный пневмосклероз (фиброз) легочной ткани.

3. Конхоидные тельца (пластинчатые включения Шауманна) – кальций содержащие включения, образующие концентрические кольца в цитоплазме гигантских клеток.

4. Возможные осложнения саркоидоза легких:

-эмфизема, бронхообструктивный синдром, дыхательная недостаточность, легочное сердце, присоединение туберкулеза, аспергиллеза и неспецифических инфекций, диффузный интерстициальный пневмосклероз - "сотовое легкое".

5. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов необходимо дифференцировать с туберкулезом, лимфогранулематозом, лимфосаркомой.

Ситуационная задача №6

1. Первичный туберкулез легких.

2. Острый милиарный гематогенно-диссеминированный генерализованный туберкулез.

3. Первичный туберкулезный комплекс: первичный аффект, лимфангит и регионарный лимфаденит.

4. Специфическая гранулема.

5. Туберкулезный менингит.

Ситуационная задача №7

1. Дифтерия гортани и трахеи.

2. Истинный круп гортани: рефлекторный спазм, отек, механическая закупорка фибринозной пленкой.

3. Аспирационная пневмония развивается нисходящим путем, вследствие попадания в респираторный отдел легкого инфицированных пленок.

4. Дифтерия носа.

Дифтерия половых органов.

Дифтерия глаз.

Дифтерия кожи.

Комбинированные формы.

5. Инфекционно-токсический шок, миокардиты, моно- и полиневриты, включая поражения черепных, периферических нервов и полирадикулоневропатию, поражения надпочечников, токсический нефроз.

Ситуационная задача №8

1. Скарлатина.

2. Фибринозно-гнойно-некротическая тканевая реакция.

3. Псевдотуберкулез, стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом, корь, краснуха, инфекционный мононуклеоз, энтеровирусная инфекция, ветряная оспа, аллергический дерматит.

4. -Токсическая форма – температура до 40° и выше, многократная рвота, нередко понос, судороги, прогрессирующая сердечно - сосудистая недостаточность.

-Септическая форма - некротическая ангина и фарингит, лимфаденит, аденофлегмона и гнойные осложнения со стороны ушей, придаточных полостей, суставов, поражение сердца, почек, гнойные плевриты, нередко сепсис.

-Токсико-септическая форма.

Ситуационная задача №9

1. Острый лимфобластный лейкоз.

2. "Лейкемический провал": наличие бластных клеток при отсутствии промежуточных форм созревания - миелоцитов и метамиелоцитов в формуле крови.

3. Геморрагический синдром связан с тромбоцитопенией и с внутрисосудистым тромбозом, особенно при гиперлейкоцитозе.

4. Определение количества хромосом и их структурные изменения в лейкозных клетках: обнаружение филадельфийской хромосомы (Ph-хромосома) - цитогенетической аномалии, характеризующейся делецией или транслокацией 22q11, считается неблагоприятным прогностическим признаком.

Гиперплоидия или ДНК-индекс (соотношение количества ДНК в лейкемических клетках и в клетках с нормальным диплоидным кариотипом) ассоциируется с хорошим прогнозом.

Ситуационная задача №10

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.

2. Высокодифференцированный плоскоклеточный рак с ороговением.

3. Хронический атрофический бронхит с плоскоклеточной метаплазией. Железистые полипы. Хронические заболевания бронхолегочной системы с выраженными рубцовыми изменениями.

4. Умеренно-дифференцированная аденокарцинома (без ороговения) –представлена тяжами и ячейками атипичных полигональных клеток с округлыми крупными ядрами и хорошо выраженными ядрышками. В ячейках может сохраняться базальная ориентация клеток.

Низко- дифференцированная аденокарцинома представлена пластинами округлых или овальных клеток, без тенденции к образованию слоистых структур.

5. Региональные лимфатические узлы.

Ситуационная задача №11

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.

2. Умереннодифференцированная аденокарцинома.

3. Виды аденокарцином: ацинарная, тубулярная, железисто-солидная. Различаются по степени дифференцировки.

4. Пневмоконйоз, характеризующийся прогрессирующим фиброзированием легочной ткани.

5. Пневмоконйозы - хронические профессиональные заболевания легких, развивающиеся от вдыхания пыли и сопровождающиеся стойкой соединительнотканной реакцией легочной ткани, узелкового или интерстициального типа.

Ситуационная задача №12

1. Хондроматозная гамартома. Доброкачественное опухолеподобное образование.

2. Дисэмбриональное происхождение.

3. Липоматозная;

Лейомиоматозная;

Фиброматозная;

Ангиоматозная;

Органоидная гамартома (имеется сочетание различных тканей).

4. Гамартома состоит из тех же компонентов, что и орган, где она находится, но отличается неправильным их расположением и степенью дифференцировки. В тератоме, содержатся и чужеродные тканевые зачатки для данного органа.

5. Осложнения – обтурационный ателектаз, пневмония- в случае эндобронхиальной локализации.

Ситуационная задача №13

1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого.

2. Бронхиолоальвеолярный рак.

3. Дифференциальный диагноз:

А) С бронхолегочной аденокарциномой, часто развивающейся на фоне рубцовых изменений, характеризующейся более выраженной стромой и полиморфизмом, наличием солидных участков.

Б) С метастазами в легкие аденокарциномы, общий признак с бронхиолоальвеолярным раком - множественные узлы. Необходимо иммуногистохимическое исследование, и исключить наличие первичной опухоли.

Ситуационная задача №14

1. Высокодифференцированная аденокарцинома.

2. Рак желудка. Злокачественная эпителиальная опухоль.

3. Язвенная болезнь желудка.

4. *Helicobacter pilori* и вирусы герпеса человека (ГВЧ-4,5,6,7,8), поддерживают хроническое воспаление в стенке желудка и являются маркерами выраженного иммунодефицитного состояния и опосредованными канцерогенами;

-генерация клетками, при хроническом воспалении, различных факторов роста и онкобелков, способствующих пролиферации эпителия;

-в рубцовой ткани происходит депонирование экзо- и эндогенных канцерогенов вызывающих активацию протоонкогенов, гипоксия и иммунодепрессия ведет к разобщению межклеточных взаимодействий, изменению состава коллагенов межклеточного матрикса.

5. Крукенберговский рак яичников, Вирховский метастаз в правый надключичный лимфатический узел, Шницлеровские метастазы в лимфатические узлы параректальной клетчатки.

Ситуационная задача №15

1. Аденокарцинома пищевода.

2. Хронический гастро-эзофагальный рефлюкс. Пищевод Барретта.

3. Нарушение функции нижнего пищевого сфинктера, обусловленное психогенной природой, связанное с алкоголизмом и особенностями диеты, ахалазией или хиатальной грыжей, состояниями после операций на желудке и пищеводе.

4. Появление цилиндрического эпителия в абдоминальном сегменте пищевода - на месте его обычной выстилки, имеющей эпидермоидный характер.

Ситуационная задача №16

1. Злокачественная эпителиальная опухоль желудка (аденокарцинома).

2. Метастазы рака в печень. Гематогенное распространение опухоли.

3. Первичная злокачественная опухоль – чаще имеет одиночный характер, как правило, характеризуется нечеткостью границ узла, инфильтративным ростом.

Вторичная (метастатическая) злокачественная опухоль - множественные узлы различных размеров, с четкими границами, неправильной округлой или овальной формы.

4. Очаговая пневмония.

Ситуационная задача №17

1. Острый поверхностный эрозивный гастрит.
2. Причины экзогенного гастрита: погрешности в диете,
3. Острая язва характеризуется некрозом мышечной пластинки слизистой оболочки.
4. Диапедзные кровоизлияния сопровождаются гемолизом эритроцитов и образованием пигмента - солянокислого гематина, имеющего черный цвет.
5. а) Фибринозный: крупозный и дифтеритический.
б) Флегмонозный
в) Некротический

Ситуационная задача №18

1. Острый дифтеритический гастрит.
2. Фибринозно-некротическая тканевая реакция.
3. Виды фибринозного воспаления - дифтеритическое и крупозное. Разновидность фибринозной пленки зависит от глубины некроза и вида подлежащего эпителия.
4. Инфекционные заболевания - корь, сепсис, скарлатина, брюшной тиф.
5. Желудочное кровотечение, вследствие изъязвления слизистой оболочки.

Ситуационная задача №19

1. Хронический атрофический гастрит с перестройкой эпителия по кишечному типу.
2. Воспалительное заболевание, в основе которого лежит дисрегенераторный процесс, характеризующийся развитием метаплазии.
3. Предраковое заболевание.
4. Тонкокишечная и толстокишечная метаплазия.
5. Желудочный эпителий, в очагах метаплазии всасывает липиды, с возможным накоплением в них канцерогенов, что приводит к развитию дисплазии и рака.

Ситуационная задача №20

1. Язвенная болезнь желудка. Стадия острой язвы.
2. Ферменты *Helicobacter* повреждают микроворсинки эпителиоцитов, действуют на слизь, способствуя её липолизу и протеолизу, деградации гликопротеинов и липидов. При истончении слоя слизи возникает обратная диффузия водородных ионов и покровный эпителий, получает ещё большее повреждение под их действием, и пепсина.
3. Преобладание кислотно-пептического фактора агрессии над факторами защиты слизистой оболочки. Основной патофизиологический механизм развития пилородуоденальных язв - гиперсекреция соляной кислоты, обусловленная, повышенным содержанием гастрина в связи с гиперплазией G-клеток и гистамина. Кислотно-пептическому повреждению слизистой оболочки, способствует и нарушение моторики.
4. Симптоматические язвы чаще множественные, сочетаются с эрозиями, без перифокального воспалительного процесса, часто осложняются прободением.
5. Хронический атрофический гастрит с толстокишечной метаплазией.

Ситуационная задача №21

1. Язвенная болезнь желудка. Фаза обострения.
2. Морфологический субстрат язвенной болезни - рецидивирующая язва.
3. Деструктивные - перфорация язвы, кровотечение, пенетрация. Воспалительные - гастрит, перигастрит. Рубцовые - стеноз входного и выходного отверстий желудка, деформация желудка.
4. На фоне язвенной болезни возможно развитие второй болезни - рака желудка.
5. Язва-рак: обширное разрастание рубцовой ткани, склероз и тромбоз сосудов, разрушение мышечного слоя в рубцовом дне язвы и утолщение слизистой оболочки вокруг язвы. Первично-язвенный рак желудка - мышечный слой сохраняется, хотя он и бывает инфильтрирован опухолевыми клетками. Опухоль растет преимущественно экзофитно в одном из краев язвы или вдоль всей ее окружности.

Ситуационная задача №22

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу.
2. Хронический панкреатит.
3. Виды хронического панкреатита: интерстициальный, паренхиматозный, склерозирующий и калькулезный.
4. Осложнения хронического панкреатита: рубцово - воспалительное стенозирование общего желчного и панкреатического протока, дуоденального сосочка с развитием механической желтухи. Абсцедирование, киста и кальцификаты поджелудочной железы, тяжелый сахарный диабет, тромбоз селезеночной вены.
5. Рак поджелудочной железы.

Ситуационная задача №23

1. Гипертрофическая гастропатия. Гиперпластически- гиперсекреторная форма.
2. Синдром Золлингера-Эллисона
3. Пептическая язва развивается в связи с гиперсекрецией соляной кислоты в желудке и ее ulcerогенного действия на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.
4. Синдром Золлингера-Эллисона дифференцируют с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, гастриномой поджелудочной железы, с гипергастринемией при гипертиреозе, гастрите, стенозе привратника и В12-дефицитной анемии.
5. Осложнения: перфорации и желудочно-кишечные кровотечения.

Ситуационная задача №24

1. Гипертрофическая гастропатия. Гиперпластически-атрофическая форма.
2. Патогенез болезни реализуется через значительное увеличение трансформирующего фактора роста альфа (TGF-alpha), который усиливает продукцию желудком слизи и ингибирует секрецию кислоты.
3. Болезнь Менетрие.
4. Дифференциальный диагноз с полипами желудка и распространенным семейным полипозом, доброкачественными и злокачественными опухолями желудка, с синдромом Золлингера - Эллисона и поражением желудка при туберкулезе и сифилисе.
5. Осложнения: кровотечение, обструкция привратника, недостаточность анастомоза при хирургическом лечении, редко - развитие рака желудка, сепсис и сосудистые тромбозы-эмболические осложнения.

Ситуационная задача №25

1. Острый флегмонозно-язвенный аппендицит.
2. Простой аппендицит характеризуется нарушением внутриорганного кровообращения, болевым приступом на фоне ишемических расстройств. Поверхностный аппендицит связан с формированием в слизистой оболочке фокуса гнойного воспаления.
3. Периаппендицит, мезентериолит, перитонит, пилефлебические абсцессы, гангренозный аппендицит.
4. Дифференциальная диагностика с заболеваниями органов брюшной полости, характеризующихся клиникой острого живота.

Ситуационная задача №26

1. Хронический аппендицит.
2. Хронический аппендицит развивается после перенесенного острого.
3. Заболевание характеризуется склеротическими и атрофическими процессами, на фоне которых могут возникать воспалительно-деструктивные изменения, которые сменяются разрастанием грануляционной ткани в стенке и просвете отростка. Между серозной оболочкой отростка и окружающими тканями образуются спайки.
4. Гидроцеле, мукоцеле, псевдомиксоматоз брюшины, эмпиема червеобразного отростка.
5. Эмпиема - скопление гноя в расширенном просвете аппендикса при наличии в нем спаечного процесса.

Ситуационная задача №27

1. Острый флегмонозный перфоративный аппендицит. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.
2. Сепсис. Септикопиемия.
3. Абсцедирующая пневмония.
4. Формы абдоминального сепсиса: перитонеальная, панкреатогенная и кишечная.
5. Первичный перитонит - гематогенного происхождения с инфицированием брюшины из экстраперитонеального источника. Вторичный перитонит - форма осложненной интраабдоминальной инфекции и основная причина абдоминального сепсиса у хирургических больных, вследствие деструктивных поражений органов брюшной полости и реже - различных абдоминальных вмешательств. Третичный - эта рецидивирующая и персистирующая форма перитонита развивается у больных в критических состояниях с повреждением механизмов местной и системной противомикробной защиты.

Ситуационная задача №28

1. Брюшной тиф. Стадия образования чистых язв.
2. Кишечное кровотечение.

3. Общие изменения обусловлены персистирующей бактериемией и проявляются в виде брюшнотифозной сыпи и гранулём в различных органах, гиперплазией селезенки и жировой дистрофией паренхиматозных органов.

4. Внекишечные осложнения - присоединение вторичной инфекции с развитием бронхопневмонии или внутримышечных абсцессов. Перитонит - при некрозе мезентериальных лимфатических узлов или разрыве капсулы селезенки. Гнойный перихондрит, восковидный некроз прямых мышц живота, остеомиелит, артриты, цистит, простатит, брюшнотифозный сепсис - «тифозный статус».

5. Острая постгеморрагическая анемия.

Ситуационная задача №29

1. Первичный абдоминальный туберкулез.

2. Туберкулез кишечника, язвенная форма. Туберкулез мезентериальных лимфатических узлов.

3. Перфорация стенки тощей кишки. Экссудативный перитонит.

4. Мышечный слой и соединительнотканые структуры кишечной стенки, развиты у детей недостаточно. Подвздошная кишка несет наибольшую функциональную нагрузку, здесь часто замедляется продвижение пищевых масс, что ведет к нарушению микроциркуляции, а в условиях патологии это способствует выраженным деструктивным изменениям в ее стенке.

Развитие туберкулёзного мезаденита, связано с лимфогематогенным распространением инфекции. Слизистая оболочка тонкой кишки у детей хорошо развита, имеет большое количество кровеносных и лимфатических капилляров большого диаметра и обладает повышенной проницаемостью и всасывающей способностью, что ведет к снижению барьерной функции слизистой оболочки и проникновению инфекции в мезентериальные лимфатические узлы.

Образец зачетного билета

(При проведении промежуточной аттестации в форме зачета для ординаторов 1 года обучения)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Патологическая анатомия
направление подготовки (специальность) Эндоскопия
дисциплина Патологическая анатомия

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

1. Псевдомембранозный колит. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, прогноз. Критерии дифференциальной диагностики хронических колитов.

2. Предраковые состояния и заболевания гортани.

3. Хронический бронхит. Определение. Классификация. Клинико-морфологическая характеристика различных форм хронического бронхита, осложнения. ХОБЛ.

II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача № 10.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор В.С. Полякова

(_____)

Декан _____ факультета _____

(_____)

« _____ » _____ 20 ____

Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.

Стол, стул.

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1.	ПК-1	Знать уровни и методы первичной профилактики, методы диагностики и профилактики заболеваний; основы законодательства РФ и нормативные документы Минздрава России, регламентирующие деятельность по специальности «Эндоскопия»;	Тестирование вопросы № 1-72. Реферат, доклад.
		Уметь предпринимать меры профилактики направленные на предупреждение возникновения или распространения; использовать знания по профилактике болезней: давать рекомендации по здоровому питанию и их коррекции; проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастного-половых групп и состояния здоровья, по двигательным режимам и занятиям физической культурой; оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными; готовить и проводить клиникоморфологические конференции.	Тестирование Решение ситуационных задач 1-29. Собеседование
		Владеть методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней; навыками сопоставления морфологических и клинических проявлений болезни; навыками постановки предварительного диагноза.	Решение ситуационных задач. 1-29
		Иметь практический опыт работы с увеличительной техникой (микроскопами, оптическими и простыми лупами); описания морфологических изменений изучаемых микро- и макроскопических препаратов в органах и тканях; анализа информации, полученную с помощью методов светооптической и электронной микроскопии.	Решение ситуационных задач. 1-29
2.	ПК-2	Знать: Основы общей, частной и клинической патанатомии; морфологию и структуру патологических процессов; понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза болезни; роль морфологического исследования в современной клинической медицине; медицинские и правовые аспекты ятрогенной патологии; причины и механизмы патологических процессов и реакций, их проявления и значение для организма при развитии различных заболеваний; этиологию, патогенез, ведущие проявления и исходы наиболее важных деструктивных, воспалительных, иммунопатологических, опухолевых и других заболеваний.	Тестирование вопросы № 1-72 Реферат, доклад.
		Уметь предупреждать возникновение заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противозидемических мероприятий; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач.	Тестирование Решение ситуационных задач. 1-29
		Владеть навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; навыками постановки предварительного диагноза.	Решение ситуационных задач. 1-29
		Иметь практический опыт работы с увеличительной техникой (микроскопами, оптическими и простыми лупами); описания морфологических изменений изучаемых микро- и макроскопических препаратов в органах и тканях; анализа информации, полученную с помощью методов светооптической и электронной микроскопии.	Решение ситуационных задач. 1-29.
3.	ПК-5	Знать: структурно-функциональные основы общепатологических процессов и болезней, основные закономерности их возникновения и развития, с целью ранней диагностики патологических процессов, направленной на предупреждение возникновения и прогрессирования заболеваний, сохранения и укрепления здоровья, Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ-10), принципы оформления патологоанатомического диагноза и заполнения документации.	Тестирование Вопросы 1.-72; Реферат, доклад
		Уметь: работать с современной увеличительной техникой; оценить предварительную информацию об исследуемых объектах; описать морфологические изменения в органах и тканях; анализировать информацию, полученную с помощью морфологических методов исследования; обосновать характер типического патологического процесса и его клинические проявления в динамике развития различных по этиологии и патогенезу заболеваний; интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, для выявления патологических процессов в органах и системах; ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез.	Тестирование Решение ситуационных задач. 1-29.
		Владеть: медико-анатомическим понятийным аппаратом; современными методами морфологического исследования; навыками выявления основных структурных нарушений в организме, в том числе происходящих при воздействии неблагоприятных факторов внешней среды.	Решение ситуационных задач. 1-29.

14. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Онкология»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

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

ПК-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 применению эндоскопических методов диагностики и лечения

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.

Не предусмотрены.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Тема №1 «Общие вопросы онкологии»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Эпидемиология онкологических заболеваний и социальные аспекты в онкологии. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований. Возрастно-половые особенности онкологических заболеваний. Особенности распространения различных типов опухолей.
2. Структура, задачи и функции онкологической службы, взаимосвязь с другими медицинскими учреждениями. Перспективы развития онкологической службы в России. Этические и деонтологические проблемы онкологии. Нормативные документы в области онкологии. Социальное обеспечение больных с онкологической патологией.
3. Механизмы канцерогенеза. Теории возникновения злокачественных новообразований. Основные факторы риска онкологических заболеваний (канцерогены, наследственная предрасположенность, онкогены) и их механизмы действия. Основные признаки опухолевой клетки: атипизм. Стадии канцерогенеза. Иммунология опухолевого процесса.
4. Морфология и особенности роста опухолей. Морфо-функциональная характеристика опухолей: морфологическая, функциональная и иммунологическая атипия опухолей. Доброкачественные и злокачественные опухоли. Основные свойства и типы опухолевого роста. Метастазирование. Рецидивирование.
5. Общие принципы классификации опухолей. Классификация опухолей по локализации. Гистологическая классификация. Оценка распространенности процесса по стадиям и системе TNM.
6. Клинико-патогенетические характеристики опухолевого роста. Патогенез клинических симптомов. Предраковые заболевания. Понятие о раннем раке. Доклинический и клинический периоды развития рака. Основные клинические проявления рака. Дополнительные признаки злокачественных новообразований. Влияние инфекций и предшествующих заболеваний на клиническую картину рака.

Тема №2 «Методы диагностики онкологических заболеваний»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Общие принципы диагностики опухолей. Диагностический алгоритм в онкологии, этапы диагностики. «Малые» признаки. Виды диагностических исследований. Понятие о клиническом минимуме обследования при подозрении на рак.
2. Лабораторные методы диагностики. Традиционные клинические и биохимические исследования: вероятные признаки опухолевого процесса. Иммунологические исследования: особенности иммунного статуса онкологического больного. Опухолевые маркеры (специфические и неспецифические): онкофетальные и плацентарные белки, белки острой фазы воспаления, парапротеины, опухолевые антигены (SCC, UBC и др.), гормоны, ферменты и изоферменты. Молекулярно-генетические методы и маркеры: возможности применения для ранней диагностики, профилактики и при подборе терапии.
3. Методы визуализации новообразований. Рентгенодиагностика новообразований. Особенности рентгенологической картины исследования опухолей различных органов: ЖКТ, органов грудной клетки, молочной железы, женской половой системы, мочевыделительной системы, опорно-двигательного аппарата.
4. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (МРТ): показания и противопоказания при подозрении на онкологический процесс.
5. Возможности и показания к проведению ультразвуковой диагностики в онкологии: диагностика опухолей различных органов и тканей при УЗИ.
6. Эндоскопические методы диагностики в онкологии, показания к проведению и возможности методов. Получение биопсийного материала.
7. Морфологические методы диагностики новообразований. Способы получения материала для морфологического исследования. Принципы морфологического исследования. Методы морфологического исследования новообразований: цитологические, гистологические, гистохимические, иммуногистохимические, иммунофлуоресценция, иммуноферментный анализ.

Тема №3 «Методы лечения онкологических заболеваний»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Общие принципы и виды лечения онкологических больных. Радикальное, симптоматическое и паллиативное лечение. Современные методы лечения в онкологии, подходы к определению его тактики.
2. Хирургическое лечение. Основные принципы хирургических вмешательств: понятия операбельности, об абластике и антибластике, классификация хирургических вмешательств. Современные направления лечения в онкологии: лазерные технологии в онкологии, фотодинамическая терапия опухолей.
3. Лучевая терапия и методы лучевой терапии онкологических заболеваний: методы облучения, виды и источники ионизирующих излучений, способы облучения.
4. Механизм действия ионизирующего излучения на клетки. Биологические процессы, формирующие терапевтический эффект излучения.
5. Методы повышения эффективности лучевой терапии: типы и виды радиомодификации (защита нормальных тканей: радиопротекторы и гипоксирадитерапия; усиление лучевого поражения опухолей: оксигенорадиотерапия, химическая радиосенсибилизация, гипертермия, гипергликемия).
6. Осложнения лучевой терапии: основы возникновения лучевых повреждений и классификация лучевых повреждений.
7. Химиотерапия онкологических заболеваний. Противоопухолевые препараты: принципы назначения, механизмы действия. Механизмы резистентности опухолевых клеток к химиотерапии. Факторы повышенного риска развития осложнений и профилактика побочных эффектов. Оценка результатов лекарственной терапии.
8. Гормональная терапия онкологических заболеваний. Принципы гормональной терапии злокачественных новообразований. Основные механизмы противоопухолевого действия гормонов. Характеристика различных гормональных противоопухолевых препаратов, их побочные эффекты.
9. Иммунотерапия онкологических заболеваний. Основные направления иммунотерапии онкологических заболеваний: активная иммунотерапия, пассивная иммунотерапия, корригирующая иммунотерапия. Основные препараты и механизмы их действия (интерлейкины, интерфероны, моноклональные антитела, ритуксимаб, трастузумаб) и др.).

Тема №4 «Основные направления профилактики онкологических заболеваний»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Профилактика химических и физических канцерогенных воздействий, в том числе бытовых (курение, питание, алкоголь, стресс и др.).
2. Скрининг предраковых заболеваний и раннего рака: массовые и индивидуальные профилактические осмотры.
3. Медико-генетическое консультирование и молекулярно-генетический скрининг при наследственных формах рака.

Тема №5 «Частная онкология»

Формы текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос; проверка практических навыков

Вопросы для устного опроса

1. Заболеваемость, смертность, классификация, основные причины и клинико-патогенетические характеристики (клинические проявления в зависимости от формы опухоли, факторы риска и прогноза, особенности метастирования и др.), особенности диагностики и дифференциальной диагностики, методы диагностики, основные принципы и методы лечения и профилактики при наиболее частых формах и локализациях опухолевого процесса.
2. Опухоли головы и шеи (рак губы, полости рта, рак гортани, опухоли слонных желёз, доброкачественные и злокачественные опухоли щитовидной железы).
3. Опухоли молочной железы (рак, предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желёз; наследственные формы рака).
4. Рак лёгкого; опухоли средостения.
5. Опухоли желудочно-кишечного тракта (злокачественные и доброкачественные опухоли, предопухолевые заболевания; рак желудка, рак печени, рак толстой кишки, рак прямой кишки).
6. Злокачественные опухоли органов мочеполовой системы (опухоли почек, рак мочевого пузыря; рак тела и шейки матки, рак яичников; рак предстательной железы, опухоли яичка).
7. Рак кожи (меланома).
8. Опухоли опорно-двигательного аппарата и мягких тканей.
9. Злокачественные новообразования кровяной и лимфатической тканей (лимфогранулематоз, неходжкинские лимфомы; миеломная болезнь).

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого 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. 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 материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов.
Решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно логичное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Прием практических навыков	Оценка «Зачтено» выставляется если ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
	Оценка «Незачтено» выставляется если ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения.

Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине «Онкология» в форме зачета проводится в устной форме по экзаменационным билетам.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Результат аттестации	Критерии оценивания
Зачтено	С 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.
	С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий 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. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	С 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.
Не зачтено	Ответ ординатора, обнаруживающий незнание изучаемого материала, 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.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Эпидемиология онкологических заболеваний и социальные аспекты в онкологии. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований. Возрастно-половые особенности онкологических заболеваний. Особенности распространения различных типов опухолей.
2. Структура, задачи и функции онкологической службы, взаимосвязь с другими медицинскими учреждениями. Перспективы развития онкологической службы в России. Этические и деонтологические проблемы онкологии. Нормативные документы в области онкологии. Социальное обеспечение больных с онкологической патологией.

3. Механизмы канцерогенеза. Теории возникновения злокачественных новообразований. Основные факторы риска онкологических заболеваний (канцерогены, наследственная предрасположенность, онкогены) и их механизмы действия. Основные признаки опухолевой клетки: атипизм. Стадии канцерогенеза. Иммунология опухолевого процесса.
4. Морфология и особенности роста опухолей. Морфо-функциональная характеристика опухолей: морфологическая, функциональная и иммунологическая атипия опухолей. Доброкачественные и злокачественные опухоли. Основные свойства и типы опухолевого роста. Метастазирование. Рецидивирование.
5. Общие принципы классификации опухолей. Классификация опухолей по локализации. Гистологическая классификация. Оценка распространенности процесса по стадиям и системе TNM.
6. Клинико-патогенетические характеристики опухолевого роста. Патогенез клинических симптомов. Предраковые заболевания. Понятие о раннем раке. Доклинический и клинический периоды развития рака. Основные клинические проявления рака. Дополнительные признаки злокачественных новообразований. Влияние инфекций и предшествующих заболеваний на клиническую картину рака.
7. Общие принципы диагностики опухолей. Диагностический алгоритм в онкологии, этапы диагностики. «Малые» признаки. Виды диагностических исследований. Понятие о клиническом минимуме обследования при подозрении на рак.
8. Лабораторные методы диагностики. Традиционные клинические и биохимические исследования: вероятные признаки опухолевого процесса. Иммунологические исследования: особенности иммунного статуса онкологического больного. Опухолевые маркеры (специфические и неспецифические): онкофетальные и плацентарные белки, белки острой фазы воспаления, парапротеины, опухолевые антигены (SCC, UBC и др.), гормоны, ферменты и изоферменты. Молекулярно-генетические методы и маркеры: возможности применения для ранней диагностики, профилактики и при подборе терапии.
9. Методы визуализации новообразований. Рентгенодиагностика новообразований. Особенности рентгенологической картины исследования опухолей различных органов: ЖКТ, органов грудной клетки, молочной железы, женской половой системы, мочевыделительной системы, опорно-двигательного аппарата.
10. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (МРТ): показания и противопоказания при подозрении на онкологический процесс.
11. Возможности и показания к проведению ультразвуковой диагностики в онкологии: диагностика опухолей различных органов и тканей при УЗИ.
12. Эндоскопические методы диагностики в онкологии, показания к проведению и возможности методов. Получение биопсийного материала.
13. Морфологические методы диагностики новообразований. Способы получения материала для морфологического исследования. Принципы морфологического исследования. Методы морфологического исследования новообразований: цитологические, гистологические, гистохимические, иммуногистохимические, иммунофлуоресценция, иммуноферментный анализ.
14. Общие принципы и виды лечения онкологических больных. Радикальное, симптоматическое и паллиативное лечение. Современные методы лечения в онкологии, подходы к определению его тактики.
15. Хирургическое лечение. Основные принципы хирургических вмешательств: понятия операбельности, об абластике и антибластике, классификация хирургических вмешательств. Современные направления лечения в онкологии: лазерные технологии в онкологии, фотодинамическая терапия опухолей.
16. Лучевая терапия онкологических заболеваний. Основные принципы и методы лучевой терапии онкологических заболеваний: методы облучения, виды и источники ионизирующих излучений, способы облучения.
17. Механизм действия ионизирующего излучения на клетки. Биологические процессы, формирующие терапевтический эффект излучения.
18. Методы повышения эффективности лучевой терапии: типы и виды радиомодификации (защита нормальных тканей: радиопротекторы и гипоксиррадиотерапия; усиление лучевого поражения опухолей: оксигенорадиотерапия, химическая радиосенсибилизация, гипертермия, гипергликемия).
19. Осложнения лучевой терапии: основы возникновения лучевых повреждений и классификация лучевых повреждений.
20. Химиотерапия онкологических заболеваний. Противоопухолевые препараты: принципы назначения, механизмы действия. Механизмы резистентности опухолевых клеток к химиотерапии. Факторы повышенного риска развития осложнений и профилактика побочных эффектов. Оценка результатов лекарственной терапии.
21. Гормональная терапия онкологических заболеваний. Принципы гормональной терапии злокачественных новообразований. Основные механизмы противоопухолевого действия гормонов. Характеристика различных гормональных противоопухолевых препаратов, их побочные эффекты.
22. Иммунотерапия онкологических заболеваний. Основные направления иммунотерапии онкологических заболеваний: активная иммунотерапия, пассивная иммунотерапия, корректирующая иммунотерапия. Основные препараты и механизмы их действия (интерлейкины, интерфероны, моноклональные антитела, ритуксимаб, трастузумаб) и др.).
23. Профилактика химических и физических канцерогенных воздействий, в том числе бытовых (курение, питание, алкоголь, стресс и др.).
24. Скрининг предраковых заболеваний и раннего рака: массовые и индивидуальные профилактические осмотры.
25. Медико-генетическое консультирование и молекулярно-генетический скрининг при наследственных формах рака.
26. Заболеваемость, смертность, классификация, основные причины и клинико-патогенетические характеристики (клинические проявления в зависимости от формы опухоли, факторы риска и прогноза, особенности метастазирования и др.), особенности диагностики и дифференциальной диагностики, методы диагностики, основные принципы и методы лечения и профилактики при наиболее частых формах и локализациях опухолевого процесса.
27. Опухоли головы и шеи (рак губы, полости рта, рак гортани, опухоли слюнных желез, доброкачественные и злокачественные опухоли щитовидной железы).
28. Опухоли молочной железы (рак, предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез; наследственные формы рака).
29. Рак лёгкого; опухоли средостения.
30. Опухоли желудочно-кишечного тракта (злокачественные и доброкачественные опухоли, предопухолевые заболевания; рак желудка, рак печени, рак толстой кишки, рак прямой кишки).
31. Злокачественные опухоли органов мочеполовой системы (опухоли почек, рак мочевого пузыря; рак тела и шейки матки, рак яичников; рак предстательной железы, опухоли яичка).
32. Рак кожи (меланома).
33. Опухоли опорно-двигательного аппарата и мягких тканей.
34. Злокачественные новообразования кровяной и лимфатической тканей (лимфогранулематоз, неходжкинские лимфомы; миеломная болезнь).

Образец экзаменационного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра педиатрии института профессионального образования
специальность 31.08.70 «ЭНДОСКОПИЯ»
дисциплина «Онкология»

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1

Теоретические вопросы

- I. Механизмы канцерогенеза
- II. Наследственный рак молочной железы и яичников: механизмы развития, клиническая картина, методы диагностики, лечения, профилактики.

Заведующий кафедрой _____/С.В. Мирошников

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации _____/И.В.Ткаченко

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1.	ПК-5	Знать: Этиологию, патогенез и классификацию онкологических заболеваний различных органов и систем; - роль генетических и иных факторов в развитии онкологических заболеваний; - клинические признаки доброкачественных и злокачественных опухолей, лабораторные и инструментальные методы диагностики опухолей и возможные результаты их применения, алгоритмы постановки диагноза и дифференциальной диагностики	вопросы № 1-34
		Уметь - выявлять общие и специфические признаки онкологических заболеваний; - оценивать тяжесть состояния больного; - интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, в т.ч. применяемых в онкологии; - заподозрить наличие онкологической патологии, сформулировать и обосновать предварительный диагноз, показания к направлению на консультацию к онкологу; - формулировать диагноз и расшифровать информацию об онкологическом заболевании в соответствии с классификацией МКБ и TNM.	вопросы № 1-34
		Владеть - алгоритмами ранней и дифференциальной диагностики (выявления) онкологических и предраковых заболеваний; - навыками интерпретации данных лабораторных и инструментальных исследований; - навыками предположения наличия опухолевого процесса и его этиологии; - навыками формулировки и расшифровки диагноза онкологического заболевания в соответствии с используемыми классификациями	вопросы № 1-34
2	ПК-6	Знать Алгоритм обследования пациента с профильной патологией; основные и дополнительные методы обследования; классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы комплексного лечения; причины ошибок и осложнений при хирургическом лечении различных нозологических форм заболеваний, методы их выявления, устранения и предупреждения; показания и противопоказания к хирургическому лечению у профильных больных	вопросы № 1-34
		Уметь Интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; выбирать оптимальный вариант лечения, назначать медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждать их нежелательные побочные действия; установить показания и определить адекватную методику хирургического лечения	вопросы № 1-34
		Владеть Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с профильной патологией, нуждающихся в оказании эндоскопической помощи - методами профилактики и лечения ошибок и осложнений, возникающих при проведении эндоскопического лечения	вопросы № 1-34

ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

1. Теории канцерогенеза.
2. Факторы риска развития опухолей.
3. Механизмы действия ионизирующих излучений на клетки.
4. Формы роста злокачественных опухолей.
5. Стадии рака по TNM.
6. Общие клинические проявления при онкологических процессах.
7. Основные методы лечения злокачественных новообразований.
8. Боль и обезболивание при раке.
9. Патогенетическое лечение. Основы таргетной терапии.
10. Лабораторные методы диагностики опухолей.
11. Рентгенологические методы в диагностике опухолей.
12. Наследственные формы рака: рак молочной железы и яичников.

ТЕСТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

1. Методом морфологической верификации злокачественного новообразования является:

- а) рентгеноскопия
- б) биопсия опухоли*
- в) УЗИ
- г) компьютерное обследование
- д) термография

2. Мутации какого гена этиологичны для синдрома Ли-Фраумени:

- а) BRCA 1
- б) BRCA 2
- в) p 53*
- г) СНЕК 2

3. Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее показана:

- а) маммография*
- б) УЗИ молочных желез
- в) пункционная биопсия

- г) секторальная резекция
- д) самообследование

4. Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению:

- а) рака кожи*
- б) рака легкого 11
- в) рака желудка
- г) нет правильного ответа

5. Дифференциальный диагноз доброкачественной периферической опухоли легкого проводится: а) с периферическим раком*

- б) с туберкулезом*
- в) с кистой*
- г) с паразитарным поражением*

6. Карцинома in situ в классификации TNM соответствует:

- а) I стадии
- б) II стадии
- в) III стадии
- г) IV стадии
- д) 0 стадии (стадии 0)*

7. Мутации онкогенов BRCA1 и BRCA2 встречаются чаще при:

- а) семейном (наследственном) раке яичников*
- б) спорадическом раке яичников
- в) одинаково при обеих формах

8. Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием:

- а) полициклических ароматических углеводородов*
- б) ионизирующего излучения*
- в) ретровирусов*

9. Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе:

- а) M
- б) G1
- в) S*
- г) G2
- д) G

10. В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток:

- а) не нарушена*
- б) нарушена умеренно
- в) нарушена выраженно
- г) возможны все варианты

11. Символ «Mx» в клинической классификации TNM обозначает:

- а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов*
- б) нет признаков отдаленных метастазов
- в) имеются отдаленные метастазы

12. К химическим канцерогенным веществам относятся следующие классы соединений:

- а) полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения*
- б) ароматические азотосоединения и аминокислоты*
- в) нитрозосоединения*
- г) металлы, металлоиды, неорганические соли*

13. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей:

- а) поджелудочной железы
- б) желудка
- в) щитовидной железы*

14. Сочетание «N0» обозначает:

- а) недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
- б) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов*
- в) одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

15. Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики:

- а) предопухолевых состояний
- б) доброкачественных опухолей
- в) злокачественных опухолей*
- г) нет правильного ответа

16. Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями:

- а) легких
- б) органов брюшной полости
- в) молочной железы*
- г) щитовидной железы*

15. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике по эндоскопии

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по клинической практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление 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 терапевтической медицинской помощи;

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

2. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по клинической практике в форме зачета с оценкой проводится по контролю освоения практических навыков и практического опыта, отраженных в дневнике и отчете о прохождении клинической практики (*образцы дневника и отчета с перечнем практических навыков представлены в методических рекомендациях для ординаторов по прохождению практики*).

Критерии оценивания на зачете по практике

«ОТЛИЧНО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствие с требованиями, положительная характеристика с места практики. Продемонстрировал высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

«ХОРОШО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками. В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

3. Практические задания для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта

По видам профессиональной деятельности:

1. Профилактическая деятельность.

- 1.1. Выявление и мониторинг факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.
- 1.2. Проведение первичной профилактики в группах риска.
- 1.3. Планирование диспансеризации здоровых и больных
- 1.4. Проведение профилактических медицинских осмотров.
- 1.5. Проведение диспансерного наблюдения и анализа его эффективности.
- 1.6. Определение показаний и противопоказаний к проведению вакцинации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям.
- 1.7. Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции.
- 1.8. Проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению.

2. Диагностическая деятельность.

- 2.1. Диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), стандартами и порядками оказания медицинской помощи пациентам хирургического профиля.
- 2.2. Диагностика неотложных состояний.
- 2.3. Проведение медицинской экспертизы.

3. Лечебная деятельность.

- 3.1. Оказание специализированной медицинской помощи при заболеваниях, состояниях, клинических ситуациях в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), стандартами и порядками оказания медицинской помощи пациентам хирургического профиля.
- 3.2. Участие в оказании скорой и неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

4. Реабилитационная деятельность.

- 4.1. Определение показаний к проведению медицинской реабилитации.
- 4.2. Определение показаний к проведению немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК.
- 4.6. Определение показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению.

5. Организационно-управленческая деятельность.

- 5.1. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в рамках должностных обязанностей.
- 5.2. Представление больных на врачебную комиссию, консилиум.
- 5.3. Направление инвалидов для освидетельствования на медико-социальную экспертизу.
- 5.4. Оформление и направление в учреждение Роспотребнадзора экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания.
- 5.5. Определение показаний для госпитализации и ее организация с учетом маршрутизации.
- 5.6. Организация мониторинга побочных и нежелательных эффектов лекарственных средств.
- 5.7. Выдача заключений о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение.
- 5.8. Организация мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению (школы здоровья, школы для больных с социально значимыми неинфекционными заболеваниями и лиц с высоким риском их возникновения и др.).

5.9. Проведение мониторинга и анализа основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности на обслуживаемом участке в амбулаторно-поликлиническом звене.

5.10. Оформление медицинской документации установленного образца в рамках должностных обязанностей врача хирурга поликлиники и врача-ординатора отделения стационара.

4. Таблица соответствия результатов обучения по практике и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

Код компетенции	Содержание компетенции	Результат обучения	Оценочные средства
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>Знать: Методы критического анализа и оценки современных научных достижений</p> <p>Уметь: анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач</p> <p>Владеть: навыками абстрактного мышления, анализа, синтеза</p>	Тесты №№ 1-4 Задачи №№ 1-2
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<p>Знать: методы управления коллективом; модели взаимодействия сотрудников медицинских организаций внутри коллектива и с пациентами</p> <p>Уметь: толерантно воспринимать социальные, этические и культурные различия при управлении коллективом</p> <p>Владеть: методами управления коллективом, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	Тесты №№ 4-8 Задачи №№ 3-4
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	<p>Знать: основные нормативные документы в сфере образования; цели обучения и воспитания, методы и формы организации обучения и воспитания, современные образовательные технологии; цели и задачи непрерывного медицинского образования</p> <p>Уметь: организовывать процесс обучения с использованием современных педагогических технологий; использовать формы, методы и средства обучения и воспитания в педагогической деятельности, реализовывать педагогическую деятельность по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам.</p> <p>Владеть: современными педагогическими методами и технологиями</p>	Тесты №№ 8-12 Задачи №№ 5-6
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	<p>Знать: группы риска развития заболеваний (генетические, профессиональные, влияние факторов окружающей среды и др.); основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы</p> <p>Уметь: давать оценку причин и условий возникновения заболеваний у человека; оценивать природные и социальные факторы среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительскую работу с населением и больными</p> <p>Владеть: Методами выявления причин и условий возникновения, развития заболеваний; методами выявления и коррекции факторов риска развития заболеваний; методами ранней диагностики заболеваний; методами формирования здорового образа жизни</p>	
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	<p>Знать: Нормативные документы, регламентирующие проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации. Сроки и объем диспансеризации взрослого населения.</p> <p>Уметь: осуществлять профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения. Определять сроки и объем диспансеризации взрослого населения.</p> <p>Владеть: методами проведения профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.</p>	Тесты №№ 17-20 Задачи №№ 9-10
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	<p>Знать: перечень проведения противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p> <p>Уметь: организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p> <p>Владеть: понятием о качестве эффективности противоэпидемических мероприятий, по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных</p>	Тесты №№ 21-24 Задачи №№ 10-11

		ситуациях.	
ПК-4	готовность к применению социально- гигиенических методик сбора и медико- статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	<p>Знать: методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; методики сбора статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения и подростков.</p> <p>Уметь: анализировать значение и объяснять влияние различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека</p> <p>Владеть: методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков</p>	Тесты №№ 25-28 Задачи №№ 12-13,36
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	<p>Знать: проявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Уметь: определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеть: методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	Тесты №№ 29-32 Задачи №№ 14-15,35
ПК-6	готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения	<p>Знать: основные принципы применения эндоскопических методов диагностики, целесообразность их использования при лечении пациентов</p> <p>Уметь: уметь определять показания и целесообразность использования различных лечебных и диагностических вмешательств при лечении</p> <p>Владеть: навыками для выполнения лечебных и диагностических вмешательств при лечении пациентов</p>	Тесты №№ 33-36 Задачи №№ 16-17,34
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	<p>Знать: принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, алгоритм медицинской эвакуации</p> <p>Уметь: оказать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, выполнять лечебно-эвакуационные мероприятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях</p> <p>Владеть: способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.</p>	Тесты №№ 37-40 Задачи №№ 18-19,33
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	<p>Знать: показания, противопоказания и современные возможности применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и с анаторно-курортном лечении</p> <p>Уметь: применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеть: методологией применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	Тесты №№ 41-44 Задачи №№ 20-21,32
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Знать: принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p> <p>Владеть: методами формирования у населения мотивации направленной на сохранение и укрепление своего здоровья</p>	Тесты №№ 45-48 Задачи №№ 22-23,31
ПК-10	готовность к применению сновных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	<p>Знать: законы и нормативные правовые акты РФ в сфере охраны здоровья граждан; структуру амбулаторно- поликлинических и стационарных медицинских организаций; порядок взаимодействия с другими врачами- специалистами, службами, организациями, в том числе профессиональными сообществами врачей, страховыми компаниями, обществами больных и другими ведомствами</p> <p>Уметь: организовывать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p> <p>Владеть: принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	Тесты №№ 49-50, 1,7 Задачи №№ 23-24,30
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p>Знать: критерии оценки качества медицинской помощи; основные медико-статистические показатели; методы оценки качества медицинской помощи</p> <p>Уметь: оценить качество оказания медицинской помощи; применять полученные</p>	Тесты №№ 1-3,11 Задачи №№ 25,26,29

		данные для совершенствования качества оказания медицинской помощи	
		Владеть: методами оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей	
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать: этапы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Тесты №№ 9-12 Задачи №№ 26,27,28
		Уметь: эффективно организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	
		Владеть: способностью и готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ

№	Виды профессиональной деятельности	Формируемые компетенции	Оценочные средства
<i>Первый учебный год, 1 семестр</i>			
Стационар			
1.	Курация больных, ведение медицинской документации под контролем руководителя	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Тесты №№ 1-18 Задачи №№ 1-24
2.	Изучение историй болезни поступающих больных под контролем руководителя практики.	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты №№ 1-18 Задачи №№ 1-24
3.	Консультации пациентов по подготовке к исследованиям	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты №№ 1-18 Задачи №№ 1-24
<i>Первый учебный год, 2 семестр</i>			
4.	Участие в выполнении ряда диагностических и лечебных процедур.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 19-30 Задачи №№ 25-40
5.	Участие в оценке результатов обследования больного.	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты №№ 19-30 Задачи №№ 25-40
6.	Курация больных, ведение медицинской документации под контролем руководителя	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 19-30 Задачи №№ 25-40

Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации, обучающихся по окончании 1-го семестра

ЗАДАЧА 1.

Пациентка Р. 45 поступила с жалобами на схваткообразными боли в животе (преимущественно в левых отделах), запоры и чувство не полного опорожнения. Так же пациентка отметит уменьшение болевого синдрома после дефекации. Болеет в течение 2 лет. Пациентке была выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке тонус высокий, складки выражены, определяются мешковидные выпячивания с чистым и заполненным содержимым дном, в количестве 2-3 штуки на гаустру, размерами устья до 4-6 мм в диаметре и глубиной до 3 мм. Слизистая оболочка в сигмовидной кишке розовая, блестящая и эластичная. Сосудистый рисунок четкий, не перестроен.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Виды осложнений данного заболевания. Причины развития

ЗАДАЧА 2.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на стул с примесью крови 1 раз в сутки, ложные позывы до 3-4 раз в сутки, боли в животе, перед дефекацией. колоноскопия: Колоноскоп CF-180-L проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки в правых отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. На слизистой оболочке правых отделов по всей окружности кишки определяются остаточные явления перенесенного ранее воспаления, характеризующиеся: атрофией, очаговой гиперемией, шероховатостью слизистой оболочки, налетами слизи. Сосудистый рисунок в этой зоне перестроен.

В слепой, сигмовидной и прямой кишке, по всей окружности кишки определяются остро воспалительные изменения слизистой оболочки, проявляющиеся: гиперемией, выраженным отеком, разрыхленностью, контактной ранимостью, наложениями слизи, микроабсцессами.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 3.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 4.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту. ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 5.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12- п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 6.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2х0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 7.

Пациент У.75 лет поступила с жалобами на частый жидкий стул до 8 раз в сутки, с кровью, повышение температуры тела до 37,5 С, снижение массы тела на 3 кг, в течение последнего месяца.

Колоноскопия: колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет осмотренных отделов кишки существенно не изменен, тонус кишки снижен, складчатость в левых отделах кишки имеет продольную направленность. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечно ободочной кишки розовая, сосудистый рисунок четкий. На отдельных участках кишки – содержимое. Слизистая оболочка нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, содержит мелкие множественные эрозии и микроабсцессы, контактная ранимость умеренная. В дистальной части сигмовидной кишки имеется псевдополип на ножке размером до 1.3 см в Д.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 8.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцововоспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 9.

Пациент П. 48 лет поступил с жалобами на сильные боли в животе, вздутие, повышение температуры тела до 38,7 С, слабость. Из анамнеза известно что пациента в течение 3 лет периодически беспокоили боли в левых отделах живота, уменьшающиеся после дефекации, периодически возникали запоры. В анализе крови определяется лейкоцитоз.

Выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке определяются дивертикулы 2-3 на гаустру, размерами устья от 5 до 9 мм, с чистым и заполненным содержимым дном, так же определяется очаг гиперемированной, отечной инфильтрированной слизистой оболочки с мелкоточечными кровоизлияниями и наложениями фибрина.

При морфологическом исследовании отмечается выраженная клеточная инфильтрация слизистой оболочки, соответствующая острому воспалению.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития. Лечение

ЗАДАЧА 10.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на боли в нижних отделах живота преимущественно слева, неустойчивый стул, тошноту, рвоту, общую слабость, за последний месяц больная похудела на 11 кг. Колоноскопия: колоноскоп проведен в сигмовидную кишку на 33 см до дистального края эндофитного циркулярно, стенозирующего

просвет кишки до 0,5 см в д образования, плотной, контактно кровотоочивой. Дистальнее сигмовидной кишки определяется до 5 полипов 0,3-0,4см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью. В верхнеампулярном отделе прямой кишки определяется 3 полипа и 0,4-0,5см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью.

1. Назовите предположительный диагноз.

ЗАДАЧА 11.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцововоспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 12.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12- п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 13.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2х0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 14.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 15.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 1-го семестра

1. Периодичность аттестации и перееаттестации медицинских кадров составляет:

- а) 2 года;
- б) 4 года;
- в) 5 лет;*
- г) 6 лет;
- д) 7 лет.

2. При расчете ставок медицинских сестер эндоскопического подразделения лечебных учреждений учитываются:

- а) врачебные ставки лечебно-профилактических учреждений;
- б) врачебные ставки эндоскопического подразделения;*
- в) количество работающих эндоскопистов;
- г) количество коек в лечебно-профилактическом учреждении;
- д) количество эндоскопических исследований.

3. Под медицинской (санитарной) статистикой понимают:

- а) отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости;
- б) совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения;
- в) отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением;*
- г) экстраполяцию и прогнозирование;
- д) анализ деятельности ЛПУ.

4. Многослойный плоский неороговевающий эпителий выстилает:

- а) поверхность кожи;
- б) мочеточник и мочевого пузыря;
- в) полость рта и пищевода;*
- г) кровеносные и лимфатические сосуды;
- д) воздухоносные пути;
- е) плевру, брюшину, сердечную сумку;

- ж) желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы;
- з) почечные каналцы.

5. Гипертрофия характеризуется:

- а) уменьшением размеров;
- б) увеличением размеров;*
- в) увеличением в числе;
- г) озлокачествлением;
- д) структурной перестройкой;
- е) заменой одного вида на другой родственный вид;
- ж) увеличением слоев.

6. Атрофия характеризуется:

- а) уменьшением размеров;*
- б) увеличением размеров;
- в) увеличением в числе;
- г) озлокачествлением;
- д) структурной перестройкой;
- е) заменой одного вида на другой родственный вид;
- ж) увеличением слоев.

7. При хроническом воспалении в инфильтрате в большом количестве присутствуют:

- а) нейтрофильные лейкоциты;
- б) лимфоциты и плазмциты;*
- в) эритроциты;
- г) эозинофилы;
- д) базофилы.

8. Для II стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков:

- а) 1,0-2,5 мм
- б) 2,5-5,0 мм
- в) 5-10 мм*
- г) 10-15 мм
- д) 15-20 мм

9. Для диагностики внутрибронхиальной аденомы и дистальных изменений бронхиального дерева нужны:

- а) рентгенография;
- б) томография;
- в) бронхоскопия;
- г) бронхография.*

10. При холангиографии на рентгенограммах тень конкремента, если контрастное вещество не обтекает камень, имеет вид:

- а) ровного четкого овала;
- б) полулунного дефекта наполнения;*
- в) "писчего пера";
- г) полулунного депо;
- д) "когтя".

11. При раке большого дуоденального сосочка терминальный дол общего желчного протока приобретает форму:

- а) ровного четкого овала;
- б) полулунного дефекта наполнения;
- в) "писчего пера";
- г) полулунной ниши;
- д) "когтя".*

12. Диаметр главного панкреатического протока в области головки составляет:

- а) 1 мм
- б) 2 мм
- в) 3 мм
- г) 4 мм*
- д) 5 мм

13. Полный сброс контрастного вещества из протоков поджелудочной железы в норме наступает через:

- а) 1-2 минуты;*
- б) 3-4 минуты;
- в) 5-6 минут;
- г) 6-7 минут;
- д) 16-20 минут.

14. Все тени не видны в:

- а) слепой кишке;
- б) восходящей кишке;
- в) поперечно-ободочной кишке;
- г) нисходящей кишке;
- д) сигмовидной кишке.*

15. Плотные морщинистые складки характерны для:

- а) слепой кишки;
- б) восходящей кишки;*
- в) поперечно-ободочной кишки;
- г) нисходящей кишки;
- д) сигмовидной кишки.

16. Двенадцать – двадцать четыре складки определяются в:

- а) слепой кишке;
- б) восходящей кишке;
- в) поперечно-ободочной кишке;*
- г) нисходящей кишке;
- д) сигмовидной кишке.

17. Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке:

- а) 0,1 м/час*
- б) 0,5 м/час
- в) 1,0 м/час
- г) 1,5 м/час
- д) 2,0 м/час

18. Противопоказаниями к плановой лапароскопии являются:

- а) большая опухоль брюшной полости;
- б) непереносимость местных анестетиков (новокаин, лидокаин);
- в) полостная операция в анамнезе;
- г) крайне тяжелое состояние больного;*
- д) ожирение III степени.

19. Общими противопоказаниями к лапароскопии по поводу острых заболеваний брюшной полости, угрожающих жизни больного, являются:

- а) крайне тяжелое состояние больного;*
- б) нарушение свертывающей системы крови;
- в) инфаркт миокарда;
- г) нарушение мозгового кровообращения;
- д) желтуха неясного генеза.

20. Показаниями к общему обезболиванию при лапароскопии являются:

- а) тупая травма живота в сочетании с переломом ребер;
- б) неадекватное поведение больного (психические заболевания, алкогольное опьянение);*
- в) предполагаемая биопсия большого сальника;
- г) внематочная беременность;
- д) предполагаемое дренирование брюшной полости.

21. Для наложения пневмоперитонеума лучше использовать:

- а) воздух;
- б) кислород;
- в) закись азота;
- г) CO₂;*
- д) водород.

22. При наложении пневмоперитонеума признаками попадания воздуха в свободную брюшную полость служат:

- а) боль в области иглы для наложения пневмоперитонеума;
- б) появление умеренных болей в животе;
- в) появление крепитации передней брюшной стенки в области введения иглы;
- г) отсутствие увеличения объема живота;
- д) исчезновение печеночной тупости.*

23. Для осмотра желчного пузыря больному придается положение:

- а) Фовлера на левом боку;*
- б) Фовлера на правом боку;
- в) Тренделенбурга на спине;
- г) Дюранта;
- д) Тренделенбурга на левом боку.

24. Частым осложнением лапароскопии является:

- а) выраженное кровотечение из передней брюшной стенки;
- б) травматическое повреждение органов брюшной полости;
- в) предбрюшинная эмфизема или эмфизема большого сальника;*
- г) воздушная эмболия;
- д) сердечно-легочная недостаточность.

Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 2-го семестра

ЗАДАЧА 16.

Пациентка Р. 45 поступила с жалобами на схваткообразными боли в животе (преимущественно в левых отделах), запоры и чувство не полного опорожнения. Так же пациентка отмечает уменьшение болевого синдрома после дефекации. Болеет в течение 2 лет. Пациентке была выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке тонус высокий, складки выражены, определяются мешковидные выпячивания с чистым и заполненным содержимым дном, в количестве 2-3 штуки на гаустру, размерами устья до 4-6 мм в диаметре и глубиной до 3 мм. Слизистая оболочка в сигмовидной кишке розовая, блестящая и эластичная. Сосудистый рисунок четкий, не перестроен.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Виды осложнений данного заболевания. Причины развития

ЗАДАЧА 17.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на стул с примесью крови 1 раз в сутки, ложные позывы до 3-4 раз в сутки, боли в животе, перед дефекацией. колоноскопия: Колоноскоп CF-180-L проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки в правых отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. На слизистой оболочке правых отделов по всей окружности кишки определяются остаточные явления перенесенного ранее воспаления, характеризующиеся: атрофией, очаговой гиперемией, шероховатостью слизистой оболочки, налетами слизи. Сосудистый рисунок в этой зоне перестроен.

В слепой, сигмовидной и прямой кишке, по всей окружности кишки определяются остро воспалительные изменения слизистой оболочки, проявляющиеся: гиперемией, выраженным отеком, разрыхленностью, контактной ранимостью, наложениями слизи, микроабсцессами.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 18.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 19.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту. ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 20.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12- п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 21.

Пациент М., 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2x0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 22.

Пациент У.75 лет поступила с жалобами на частый жидкий стул до 8 раз в сутки, с кровью, повышение температуры тела до 37,5 С, снижение массы тела на 3 кг, в течение последнего месяца.

Колоноскопия: колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет осмотренных отделов кишки существенно не изменен, тонус кишки снижен, складчатость в левых отделах кишки имеет продольную направленность. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечно ободочной кишки розовая, сосудистый рисунок четкий. На отдельных участках кишки – содержимое. Слизистая оболочка нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, содержит мелкие множественные эрозии и микроабсцессы, контактная ранимость умеренная. В дистальной части сигмовидной кишки имеется псевдополип на ножке размером до 1.3 см в Д.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 23.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцововоспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 24.

Пациент П. 48 лет поступил с жалобами на сильные боли в животе, вздутие, повышение температуры тела до 38,7 С, слабость. Из анамнеза известно что пациента в течение 3 лет периодически беспокоили боли в левых отделах живота, уменьшающиеся после дефекации, периодически возникали запоры. В анализе крови определяется лейкоцитоз.

Выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке определяются дивертикулы 2-3 на гаустру, размерами устья от 5 до 9 мм, с чистым и заполненным содержимым дном, так же определяется очаг гиперемированной, отечной инфильтрированной слизистой оболочки с мелкоточечными кровоизлияниями и наложениями фибрина. При морфологическом исследовании отмечается выраженная клеточная инфильтрация слизистой оболочки, соответствующая острому воспалению.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития. Лечение

ЗАДАЧА 25.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на боли в нижних отделах живота преимущественно слева, неустойчивый стул, тошноту, рвоту, общую слабость, за последний месяц больная похудела на 11 кг. Колоноскопия: колоноскоп проведен в сигмовидную кишку на 33 см до дистального края эндофитного циркулярно, стенозирующего просвета кишки до 0.5 см в д образования, плотной, контактно кровотоочивой. Дистальнее сигмовидной кишки определяется до 5 полипов 0.3-0.4см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью. В верхнеампулярном отделе прямой кишки определяется 3 полипа и 0.4-0.5см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью.

1. Назовите предположительный диагноз.

ЗАДАЧА 26.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцововоспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 27.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12- п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 28.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2х0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 29.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 30.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 2-го семестра

25. У больного, находящегося в больнице по поводу инфаркта миокарда, на 6 день после поступления появились боли в эпигастрии, которые быстро распространились на весь живот. Через 3 часа боли локализовались в правой подвздошной области, повысились температура тела и лейкоцитоз. На основании клинических и лабораторных данных предполагались: перфоративная язва желудка, острый аппендицит, острый панкреатит. Для уточнения диагноза больному целесообразно выполнить:

- а) рентгенографию желудка с бариевой взвесью;
- б) лапароскопию;
- в) лапароскопию;*
- г) эзофагогастродуоденоскопию;
- д) томографию.

26. Медиастиноскопия выполняется:

- а) амбулаторно в эндоскопическом отделении без премедикации;
- б) в стационаре в бронхоскопическом кабинете с премедикацией;
- в) в стационаре в условиях операционной, с премедикацией;*
- г) амбулаторно в условиях операционной, с премедикацией;
- д) в любом кабинете эндоскопического отделения стационара, без премедикации.

27. Первый анатомический ориентир при медиастиноскопии:

- а) дуга аорты;
- б) яремная вырезка;*
- в) трахея;
- г) бифуркация трахеи;
- д) грудино-подключичная мышца.

28. К лимфоузлам, недоступным биопсии при "классической" медиастиноскопии относят:

- а) только паратрахеальные;
- б) бронхопюльмональные;*
- в) бифуркационные и околопищеводные;
- г) бифуркационные;
- д) бронхопюльмональные и паратрахеальные.

29. Наиболее опасным методом лечения рубцовых стриктур пищевода является:

- а) бужирование "вслепую";*
- б) бужирование по струне;
- в) баллонная пневмодилатация;
- г) баллонная гидродилатация;
- д) рассечение стриктуры электроножом.

30. Эндоскопическая полипэктомия в основном выполняется методом:

- а) эксцизии;
- б) электроэксцизии;*
- в) электрокоагуляции;
- г) лазерной коагуляции;
- д) двухэтапным способом.

31. Отсечение полипа электроизолированными ножницами производится при полипах, имеющих:

- а) большие размеры и короткую толстую ножку;

- б) небольшие размеры и тонкую длинную ножку;
- в) большие размеры головки, не позволяющие набросить петлю, и тонкую длинную ножку;*
- г) большую длину при небольшом диаметре.

32. Для профилактики перфорации стенки желудка во время электроэксцизии плоского полипа необходимо:

- а) приподнимать полип петлей до образования треугольной складки у его основания;*
- б) удалять полип только после изменения его окраски при затягивании петли;
- в) удалять полип, используя преимущественно режим коагуляции;
- г) перед удалением полипа в его основание вводить раствор адреналина с новокаином.

33. Показанием к эндоскопической электроэксцизии подслизистых опухолей является:

- а) опухоль 2-3 типа диаметром не более 2-3 см и опухоль 4 типа с толщиной ножки не более 2 см;*
- б) опухоль 4 типа с толщиной ножки не более 2 см и опухоль 1 типа не более 2 см;
- в) опухоль 1 типа не более 2 см, кровотечение из опухоли, независимо от ее типа;
- г) кровотечение из подслизистой опухоли не зависимо от ее типа;
- д) подозрение на малигнизацию опухоли.

34. У больного 30 лет при ЭГДС выявлен полипоз желудка. Полипы занимают все отделы и стенки желудка. Они имеют остrokонечную форму, широкое основание, рыхлую консистенцию. С вершины некоторых полипов стекает кровь. У больного отмечается бледность кожных покровов, снижение гемоглобина. Наиболее рациональным методом лечения является:

- а) динамическое наблюдение;*
- б) операция;
- в) электроэксцизия;
- г) вылушивание и электроэксцизия;
- д) отсечение электроизолированными ножницами.

35. Показанием к одномоментной электроэксцизии полипов из толстой кишки является:

- а) полипы на широком основании независимо от размеров головки;
- б) полипы на короткой толстой ножке независимо от размеров их головки;
- в) полипы на широком основании, при ширине основания не более 2 см;*
- г) полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 3 см;
- д) стелющиеся ворсинчатые опухоли, независимо от их размеров.

36. Перед колоноскопической полипэктомией необходимо выполнить:

- а) диагностическую колоноскопию;*
- б) УЗИ органов брюшной полости;
- в) ирригоскопию;
- г) пассаж бария по кишечнику; д) компьютерную томографию.

37. Осложнения, возможные при проведении эндоскопической полипэктомии из толстой кишки:

- а) кровотечение;*
- б) болевой шок;
- в) нарушение сердечного ритма;
- г) нарушение электролитного баланса;
- д) инфекционно-токсический шок.

38. Способ извлечения полипов толстой кишки, удаленных эндоскопически, зависит от:

- а) размеров и консистенции полипа;*
- б) консистенции и локализации полипа;
- в) функционального состояния толстой кишки (тонус толстой кишки);
- г) места расположения полипа;
- д) формы полипа.

39. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать корзинкой Dormia:

- а) полипы мягкой консистенции диаметром до 2 см;
- б) полипы продолговатой формы любой консистенции до 2 см в диаметре;*
- в) полипы мягкой консистенции до 3-3,5 см в диаметре;
- г) полипы шаровидной формы до 3,0 см в диаметре;
- д) ворсинчатые полипы до 3-4,0 см в диаметре.

40. Сроки динамического наблюдения за больными после электроэксцизии полипов толстой кишки зависят:

- а) от размеров полипа;
- б) от локализации полипа;
- в) от гистологической структуры полипа;*
- г) от возраста больного;
- д) от количества удаленных полипов.

41. При наличии рака толстой кишки и полипов, находящихся вне зоны резекции, полипэктомия производится:

- а) до хирургического вмешательства;*
- б) во время хирургического вмешательства;
- в) после хирургического вмешательства в течение первого месяца;
- г) после хирургических вмешательств через 6 месяцев;
- д) после хирургических вмешательств через 1 год.

42. Микроперфорация, возникшая при выполнении эндоскопической полипэктомии из толстой кишки, требует:

- а) динамического наблюдения;
- б) ургентной лапаротомии;*
- в) декомпрессии толстой кишки;
- г) массивной антибиотикотерапии;
- д) ургентной ирригоскопии.

43. При хроническом недренирующемся абсцессе легкого следует выполнять:

- а) жесткую бронхоскопию под наркозом;
- б) бронхофиброскопию под наркозом;
- в) бронхофиброскопию под местной анестезией;
- г) бронхофиброскопию под рентгенологическим контролем с перфорацией стенки абсцесса щипцами;*
- д) сочетанную жесткую и бронхофиброскопию под наркозом.

44. При планировании лечебных манипуляций для купирования острого панкреатита целесообразно вводить в брюшную полость лапароскоп через:

- а) верхнюю правую точку Калька;

- б) верхнюю левую точку Калька;
- в) нижнюю левую точку Калька;*
- г) наружный край прямой мышцы живота в левом подреберье;
- д) наружный край прямой мышцы живота в правом подреберье.

45. Дренаж к головке поджелудочной железы при остром панкреатите подводится:

- а) к винслову отверстию и располагается подпеченочно справа;*
- б) к винслову отверстию и располагается подпеченочно слева;
- в) к желчному пузырю в подпеченочное пространство.

46. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано:

- а) при сморщенном желчном пузыре;
- б) при распространенном раке желчного пузыря;
- в) при подозрении на паравезикальный абсцесс;
- г) при остром панкреатите;*
- д) при диффузной деструкции желчного пузыря.

47. Смещение дренажа от заданной ему проекции при дренировании брюшной полости предупреждается:

- а) транслигаментарным проведением дренажа;*
- б) использованием направителя при установке дренажа;
- в) ограничением движений больного;
- г) фиксированием дренажа к брюшной стенке шелком;
- д) любым из перечисленных способов.

48. Для извлечения камней из желчных протоков после ЭПСТ используются:

- а) жесткие и мягкие корзины и баллонные катетеры;*
- б) баллонные катетеры и биопсионные щипцы;
- в) биопсийные щипцы и корзинка Dormia;
- г) трехзубый грейфер и баллонные катетеры;
- д) инструмент типа "крысиный зев" и биопсийные щипцы.

49. Макроскопическая характеристика инфильтративного рака желудка:

- а) плоский или незначительно приподнятый участок с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки, стенка желудка ригидна, перистальтика отсутствует;*
- б) полиповидное образование на широком основании с бугристой поверхностью;
- в) глубокое изъязвление неправильной формы с нечетким сосочковым краем;
- г) экзофитная опухоль неправильной формы, больших размеров, с бугристой поверхностью, иногда с участками некроза.

16. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике: неотложная помощь в эндоскопии

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по клинической практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление 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 терапевтической медицинской помощи;

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

2. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по клинической практике в форме зачета с оценкой проводится по контролю освоения практических навыков и практического опыта, отраженных в дневнике и отчете о прохождении клинической практики (*образцы дневника и отчета с перечнем практических навыков представлены в методических рекомендациях для ординаторов по прохождению практики*).

Критерии оценивания на зачете по практике

«ОТЛИЧНО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствие с требованиями, положительная характеристика с места практики. Проявил высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

«ХОРОШО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками. В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

3. Практические задания для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта

По видам профессиональной деятельности:

1. Профилактическая деятельность.

1.1. Выявление и мониторинг факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

1.2. Проведение первичной профилактики в группах риска.

1.3. Планирование диспансеризации здоровых и больных

1.4. Проведение профилактических медицинских осмотров.

1.5. Проведение диспансерного наблюдения и анализа его эффективности.

1.6. Определение показаний и противопоказаний к проведению вакцинации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям.

1.7. Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции.

1.8. Проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению.

2. Диагностическая деятельность.

2.1. Диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), стандартами и порядками оказания медицинской помощи пациентам хирургического профиля.

2.2. Диагностика неотложных состояний.

2.3. Проведение медицинской экспертизы.

3. Лечебная деятельность.

3.1. Оказание специализированной медицинской помощи при заболеваниях, состояниях, клинических ситуациях в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), стандартами и порядками оказания медицинской помощи пациентам хирургического профиля.

3.2. Участие в оказании скорой и неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

4. Реабилитационная деятельность.

4.1. Определение показаний к проведению медицинской реабилитации.

4.2. Определение показаний к проведению немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК.

4.6. Определение показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению.

5. Организационно-управленческая деятельность.

5.1. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в рамках должностных обязанностей.

5.2. Представление больных на врачебную комиссию, консилиум.

5.3. Направление инвалидов для освидетельствования на медико-социальную экспертизу.

5.4. Оформление и направление в учреждение Роспотребнадзора экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания.

5.5. Определение показаний для госпитализации и ее организация с учетом маршрутизации.

5.6. Организация мониторинга побочных и нежелательных эффектов лекарственных средств.

5.7. Выдача заключений о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение.

5.8. Организация мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению (школы здоровья, школы для больных с социально значимыми неинфекционными заболеваниями и лиц с высоким риском их возникновения и др.).

5.9. Проведение мониторинга и анализа основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности на обслуживаемом участке в амбулаторно-поликлиническом звене.

5.10. Оформление медицинской документации установленного образца в рамках должностных обязанностей врача хирурга поликлиники и врача-ординатора отделения стационара.

4. Таблица соответствия результатов обучения по практике и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

Код компетенции	Содержание компетенции	Результат обучения	Оценочные средства
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>Знать: Методы критического анализа и оценки современных научных достижений</p> <p>Уметь: анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач</p> <p>Владеть: навыками абстрактного мышления, анализа, синтеза</p>	
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<p>Знать: методы управления коллективом; модели взаимодействия сотрудников медицинских организаций внутри коллектива и с пациентами</p> <p>Уметь: толерантно воспринимать социальные, этические и культурные различия при управлении коллективом</p> <p>Владеть: методами управления коллективом, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	<p>Знать: основные нормативные документы в сфере образования; цели обучения и воспитания, методы и формы организации обучения и воспитания, современные образовательные технологии; цели и задачи непрерывного медицинского образования</p> <p>Уметь: организовывать процесс обучения с использованием современных педагогических технологий; использовать формы, методы и средства обучения и воспитания в педагогической деятельности, реализовывать педагогическую деятельность по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам.</p> <p>Владеть: современными педагогическими методами и технологиями</p>	
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	<p>Знать: группы риска развития заболеваний (генетические, профессиональные, влияние факторов окружающей среды и др.); основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы</p> <p>Уметь: давать оценку причин и условий возникновения заболеваний у человека; оценивать природные и социальные факторы среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительскую работу с населением и больными</p> <p>Владеть: Методами выявления причин и условий возникновения, развития заболеваний; методами выявления и коррекции факторов риска развития заболеваний; методами ранней диагностики заболеваний; методами формирования здорового образа жизни</p>	
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	<p>Знать: Нормативные документы, регламентирующие проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации. Сроки и объем диспансеризации взрослого населения.</p> <p>Уметь: осуществлять профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения. Определять сроки и объем диспансеризации взрослого населения.</p> <p>Владеть: методами проведения профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.</p>	
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	<p>Знать: перечень проведения противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p> <p>Уметь: организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p> <p>Владеть: понятием о качестве эффективности противоэпидемических мероприятий, по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных</p>	

		ситуациях.	
ПК-4	готовность к применению социально- гигиенических методик сбора и медико- статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	<p>Знать: методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; методики сбора статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения и подростков.</p> <p>Уметь: анализировать значение и объяснять влияние различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека</p> <p>Владеть: методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков</p>	
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	<p>Знать: проявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Уметь: определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеть: методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	
ПК-6	готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения	<p>Знать: основные принципы применения эндоскопических методов диагностики, целесообразность их использования при лечении пациентов</p> <p>Уметь: уметь определять показания и целесообразность использования различных лечебных и диагностических вмешательств при лечении</p> <p>Владеть: навыками для выполнения лечебных и диагностических вмешательств при лечении пациентов</p>	
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	<p>Знать: принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, алгоритм медицинской эвакуации</p> <p>Уметь: оказать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, выполнять лечебно-эвакуационные мероприятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях</p> <p>Владеть: способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.</p>	
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	<p>Знать: показания, противопоказания и современные возможности применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и с анаторно-курортном лечении</p> <p>Уметь: применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеть: методологией применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Знать: принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p> <p>Владеть: методами формирования у населения мотивации направленной на сохранение и укрепление своего здоровья</p>	
ПК-10	готовность к применению сновных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	<p>Знать: законы и нормативные правовые акты РФ в сфере охраны здоровья граждан; структуру амбулаторно- поликлинических и стационарных медицинских организаций; порядок взаимодействия с другими врачами- специалистами, службами, организациями, в том числе профессиональными сообществами врачей, страховыми компаниями, обществами больных и другими ведомствами</p> <p>Уметь: организовывать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p> <p>Владеть: принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p>Знать: критерии оценки качества медицинской помощи; основные медико-статистические показатели; методы оценки качества медицинской помощи</p> <p>Уметь: оценить качество оказания медицинской помощи; применять полученные</p>	

		данные для совершенствования качества оказания медицинской помощи	
		Владеть: методами оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей	
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать: этапы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	
		Уметь: эффективно организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	
		Владеть: способностью и готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ

№	Виды профессиональной деятельности ординатора	Место проведения	Продолжительность	Формируемые профессиональные компетенции	Форма контроля
1.	Эзофагоскопия в диагностике заболеваний пищевода. Гастроскопия в диагностике заболеваний желудка. Курация пациентов.	Эндоскопическое отделение	учебных часов	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Текущий контроль Промежуточная аттестация
2.	Дуоденоскопия в диагностике заболеваний двенадцатиперстной кишки. Колоноскопия в диагностике заболеваний прямой и обочной кишки. Курация пациентов.	Эндоскопическое отделение	учебных часов	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Текущий контроль Промежуточная аттестация
3.	Бронхоскопия в диагностике заболеваний трахеи и бронхов. Торакоскопия в диагностике заболеваний плевры и легких. Курация пациентов.	Эндоскопическое отделение	учебных часов	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Текущий контроль Промежуточная аттестация
4.	Лапароскопия в диагностике заболеваний органов. Курация пациентов.	Хирургическое отделение	учебных часов	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Текущий контроль Промежуточная аттестация

Второй год обучения Стационар

1.	Местное лечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Местный гемостаз при желудочно-кишечных кровотечениях. Курация пациентов.	Эндоскопическое отделение	учебных часов	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Текущий контроль Промежуточная аттестация
2.	Эндоскопическая олипэктомия из желудочно-кишечного тракта. Лечебная холедохоскопия, РПХГ. Курация пациентов.	Эндоскопическое отделение	учебных часов	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Текущий контроль Промежуточная аттестация
3.	Лечебная лапароскопия. Курация пациентов.	Хирургическое отделение		ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Текущий контроль Промежуточная аттестация
4.	Санационная бронхоскопия. Курация пациентов.	Эндоскопическое отделение		ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Текущий контроль Промежуточная аттестация

Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации.

1. Больной, 50 лет, в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка. Особенно больших неприятностей заболевание ему не причиняло. Однако последний месяц больной отмечает, что у него усилились боли в эпигастральной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул и позывы на стул после каждого приема пищи. В кале стали встречаться кусочки совершенно не переваренной пищи. Больной резко потерял в весе. Температура нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное количество слизи и непереваренной пищи.

Что произошло с больным?

Каким исследованием можно подтвердить свое предположение? Как лечить больного?

2. У больного, 39 лет, страдающего в течение многих лет язвенной болезнью желудка, в последнее время появилось чувство тяжести в эпигастральной области, которое проходит обычно только после рвоты, которую больной нередко вызывает сам. Рвота обильная приносит облегчение, в 236 рвотных массах примесь пищи,

съеденной накануне. Больной значительно потерял в весе. Тургор кожи снижен, подкожно-жировая клетчатка отсутствует. Через истонченную брюшную стенку у больного на глаз определяется выпячивание грушевидной формы, в ответ, на массаж которого появляется перистальтика. Определяется шум плеска.

О каком осложнении язвенной болезни можно подумать у данного больного? С помощью, каких исследований можно подтвердить Ваше предположение? Какова тактика в его лечении?

3. Больной, 48 лет, поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких, указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. 3 года назад перенес болезнь Боткина. У брата — туберкулез легких. Общее состояние больного удовлетворительное.

Какие заболевания вам придется дифференцировать?

Каковы будут ваши действия при поступлении такого больного?

Что из дополнительных методов исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?

4. Больной, 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, а в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Сам пришел на прием. При осмотре пульс 100 уд. в 1 мин. Больной бледен. В эпигастральной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.

Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили?

Какие срочные дополнительные исследования Вы примените для подтверждения Вашего предположения?

Куда и как Вы отправите на лечение больного?

5. У больного, 35 лет, поступившего в приемный покой, диагностирована кровоточащая язва желудка. Кровотечение скрытое, но подтверждено реакцией Грегерсена и падением гемоглобина и эритроцитов. Общее состояние больного вполне удовлетворительное. Какие назначения вы сделаете больному сразу при поступлении?

Какова тактика в лечении данного больного?

6. Больной, 38 лет поступил к вам в отделение за два года третий раз по поводу желудочного кровотечения язвенной этиологии. Состояние больного средней степени тяжести. Пульс 96 в минуту, АД 100 и 60 мм рт. ст. Гемоглобин 100 г/л, эритроциты 3,5 г 10¹² /л, гематокрит 38 %. При ФГДС обнаружена язва в области угла желудка размером 10 * 8 мм с мелкими тромбированными сосудами.

А) Сформулируйте диагноз и назначьте лечение. Как Вы будете контролировать гемостаз? Применением комплекса консервативных мероприятий кровотечение быстро остановлено и в течение недели состояние больного выровнялось и стало лучше, чем до наступления у него осложнения.

Б) Какова ваша тактика в лечении этого больного?

7. Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение с язвенным желудочным кровотечением. Кровотечение у него появляется 3-й раз за два года. После применения целого ряда консервативных мероприятий кровавая рвота у него прекратилась, гемоглобин поднялся с 40 до 65 г/л. Общее состояние улучшилось. Через 2—3 часа вновь появилась обильная кровавая рвота. Гемоглобин упал до 55 и затем до 35 г/л.

Какова ваша тактика лечения данного больного?

Как организовать лечение?

8. Вы работаете 2 года в районной больнице хирургом. Заведующий отделением уехал в отпуск и вы остаетесь его замещать. Поступил больной с обильным желудочным кровотечением. Выявлен длительный язвенный анамнез. Вы применили целый ряд консервативных мероприятий, включая небольшие гемостатические дозы крови. Но гемоглобин продолжает падать, пульс еще более участился, А/Д - 120 и 60 мм рт. ст.

Вам ясно, что консервативными мероприятиями вам с кровотечением не справиться. Как вы поступите в данном случае?

9. Больной, 44 лет, поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Заболел внезапно. Появилась обильная кровавая рвота. Больной резко ослаб. Из анамнеза удалось выяснить, что он много лет злоупотреблял алкоголем. При обследовании больного обращала на себя внимание большая плотная селезенка. Печень не пальпировалась.

Что, по вашему мнению, может служить источником кровотечения?

Между какими заболеваниями следует дифференцировать?

10. По экстренным показаниям через два часа с начала заболевания госпитализирован больной, 42 лет. Болен 2 часа. Кровавая рвота возникла внезапно. Но больной отмечает, что в течение 2 лет кровотечение так начинается в 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре выражена венозная сеть на животе в виде «головой медузы». Пальпируется большая селезенка и плотный край печени у реберной дуги.

Вами поставлен диагноз кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. В чем будет заключаться неотложная помощь больному?

Как следует обследовать больного в дальнейшем, после остановки кровотечения?

Примеры вопросов тест- контроля:

1. Эндоскопическая картина изъязвленного рака пищевода включает все перечисленное, кроме:

- При взятии биопсии кровоточивость снижена
- Язвенный дефект неправильной формы с четкими контурами
- Дно бугристое - Воспалительный вал отсутствует
- Просвет не сужен

2. Эндоскопическая картина циркулярной раковой стриктуры пищевода характеризуется всем перечисленным, за исключением:

- Циркулярного сужения просвета пищевода
- Слизистая оболочка сероватого цвета, тусклая, бугристая
- При инструментальной пальпации
- выраженная ригидность
- Кровоточивость умеренная
- + - Кровоточивость повышенная

3. Эндоскопическая картина болезни Менетрие характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Яркой гиперемии слизистой оболочки
- Складки слизистой оболочки утолщены, извиты, хаотично расположены
- + - Складки слизистой оболочки утолщены, продольные
- Эрозии и бородавчатые разрастания на высоте складок
- Эластичность слизистой оболочки снижена

4. К осложнениям эндоскопической полипэктомии относятся все перечисленные, за исключением:

- Кровотечения из области пересеченной ножки или ложа полипа
- Перфорации полого органа
- Отрыва дистальной части петли во время полипэктомии
- Позднего кровотечения из коагуляционной язвы
- + - Возникновения очагов коагуляционного некроза

5. Если кровотечение после полипэктомии не останавливается самостоятельно, то во время эндоскопического исследования чаще применяется:

- Промывание ледяной водой
- + - Инъекции гемостатических и сосудосуживающих препаратов через эндоскоп и диатермокоагуляция через эндоскоп
- Трансбрюшинное вмешательство
- Нанесение на дефект слизистой пленкообразующих препаратов
- Правильно а) и в)

6. В момент электроэксцизии полипа на ножке с помощью диатермической петли головка полипа касалась слизистой. В этом случае возможным осложнением может быть:

- Электротравма врача- эндоскописта
- + - Ожог слизистой

- Повреждение аппарата
 - Ослабление коагуляционного действия тока, кровотечение
 - Образование зоны коагуляционного некроза в области основания полипа
7. Применяются все следующие виды эндоскопического удаления полипов, кроме:
- Механического срезания полипов
 - Электроэксцизии
 - Электрокоагуляции
 - Лазерной коагуляции
- + - Эндоскопической инъекции в ткань опухоли растворов уксусной кислоты и этанола
8. Техника электроэксцизии полипа включает все перечисленное, за исключением:
- Затягивания петли на расстоянии 3 -5 см от уровня слизистой оболочки желудка + Затягивания петли на уровне слизистой оболочки желудка
 - Попеременного использования режимов резанья и коагуляции
 - Предпочтительного использования режима коагуляции при приближении к центру ножки
 - Затягивания петли мягко без чрезмерного усилия
9. Технические особенности удаления опухолей II типа включают все перечисленное, исключая:
- Частичное вылушивание опухоли
 - Наложение петли на вылушенную опухоль
 - Использование захватывающего устройства для подтягивания опухоли
10. К техническим ошибкам при выполнении эндоскопической полипэктомии относятся все перечисленное, кроме:
- Головка полипа касается слизистой
 - Полипэктомическая петля не затянута
- + - Затягивание петли на ножке полипа до появления его цианотической окраски
- Вмешательство выполняется при наличии вокруг полипа жидкости
 - Диатермическая петля втянута в инструментальный канал эндоскопа
11. К способам извлечения отсеченных полипов относятся все перечисленные, за исключением:
- Присасывания опухоли к инструментальному каналу эндоскопа и извлечения его вместе с аппаратом
- + - Промывания желудка
- С помощью биопсионных щипцов
 - С помощью полипэктомической петли
 - С помощью полиэтиленовой трубки, проведенной через инструментальный канал эндоскопа, создавая в ней разрежение
12. Стандартны ми сроками контрольного динамического осмотра после полипэктомии из желудка установлены все перечисленные, кроме:
- Через 1 неделю
 - Через 2 недели
- + - Через 3 месяца
- Через 6 месяцев
 - 1 раз в год в течение 5 лет
13. Излюбленная локализация гранулярного очагового гастрита:
- Кардиальный отдел
 - Свод желудка
- + - Задняя стенка тела желудка
- Передняя стенка тела желудка
 - Антральный отдел
14. Для эндоскопической картины бородавчатого гастрита характерно:
- Слизистая оболочка бархатистая, складки утолщены
 - Слизистая оболочка имеет вид булыжной мостовой, складки утолщены, извиты
 - + - Слизистая оболочка гиперемирована, складки утолщены, извиты
 - На слизистой оболочке полиповидные образования, не отличающиеся по цвету от окружающей слизистой
 - Слизистая оболочка бледная, складки утолщены
15. Эндоскопическая картина болезни Менетрие характеризуется всем перечисленным, кроме:
- Яркой гиперемии слизистой оболочки
 - Складки слизистой оболочки утолщены, извиты, хаотично расположены
- + - Складки слизистой оболочки утолщены, продольные
- Эрозии и бородавчатые разрастания на высоте складок
 - Эластичность слизистой оболочки снижена

Примеры контрольных вопросов.

1. Эзофагоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
2. Гастроскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
3. Дуоденоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
4. Ректоскопия и колоноскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
5. Бронхоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
6. Лапароскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
7. Торакоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
8. Медиастиноскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
9. Холедохоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
10. Гистероскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
11. Артроскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
12. Местное лечение язв желудка и 12-перстной кишки через эндоскоп.
13. Местный гемостаз через эндоскоп при желудочно-кишечных кровотечениях.
14. Извлечение инородных тел из желудочно-кишечного тракта во время эндоскопического исследования.
15. Эндоскопическая полипэктомия из пищевода желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки.
16. Санационная бронхоскопия.
17. Извлечение инородных тел из трахеобронхиального дерева
18. Лечебная и оперативная холедохоскопия.

17. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике: эндоскопия в онкологии

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по клинической практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на промежуточной аттестации в форме **зачета**.

Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

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

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление 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 терапевтической медицинской помощи;

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

2. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по клинической практике в форме зачета с оценкой проводится по контролю освоения практических навыков и практического опыта, отраженных в дневнике и отчете о прохождении клинической практики (**образцы дневника и отчета с перечнем практических навыков представлены в методических рекомендациях для ординаторов по прохождению практики**).

Критерии оценивания на зачете по практике

«ОТЛИЧНО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствие с требованиями, положительная характеристика с места практики. Проявил высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

«ХОРОШО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками. В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

3. Практические задания для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта

По видам профессиональной деятельности:

1. Профилактическая деятельность.

- 1.1. Выявление и мониторинг факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.
- 1.2. Проведение первичной профилактики в группах риска.
- 1.3. Планирование диспансеризации здоровых и больных.
- 1.4. Проведение профилактических медицинских осмотров.
- 1.5. Проведение диспансерного наблюдения и анализа его эффективности.
- 1.6. Определение показаний и противопоказаний к проведению вакцинации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемиологическим показаниям.
- 1.7. Проведение противоэпидемиологических мероприятий в случае возникновения очага инфекции.
- 1.8. Проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению.

2. Диагностическая деятельность.

- 2.1. Диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), стандартами и порядками оказания медицинской помощи пациентам хирургического профиля.
- 2.2. Диагностика неотложных состояний.
- 2.3. Проведение медицинской экспертизы.

3. Лечебная деятельность.

- 3.1. Оказание специализированной медицинской помощи при заболеваниях, состояниях, клинических ситуациях в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), стандартами и порядками оказания медицинской помощи пациентам хирургического профиля.
- 3.2. Участие в оказании скорой и неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

4. Реабилитационная деятельность.

- 4.1. Определение показаний к проведению медицинской реабилитации.
- 4.2. Определение показаний к проведению немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК.
- 4.6. Определение показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению.

5. Организационно-управленческая деятельность.

- 5.1. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в рамках должностных обязанностей.
- 5.2. Представление больных на врачебную комиссию, консилиум.
- 5.3. Направление инвалидов для освидетельствования на медико-социальную экспертизу.
- 5.4. Оформление и направление в учреждение Роспотребнадзора экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания.
- 5.5. Определение показаний для госпитализации и ее организация с учетом маршрутизации.
- 5.6. Организация мониторинга побочных и нежелательных эффектов лекарственных средств.
- 5.7. Выдача заключений о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение.
- 5.8. Организация мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению (школы здоровья, школы для больных с социально значимыми неинфекционными заболеваниями и лиц с высоким риском их возникновения и др.).

5.9. Проведение мониторинга и анализа основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности на обслуживаемом участке в амбулаторно-поликлиническом звене.

5.10. Оформление медицинской документации установленного образца в рамках должностных обязанностей врача хирурга поликлиники и врача-ординатора отделения стационара.

4. Таблица соответствия результатов обучения по практике и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

Код компетенции	Содержание компетенции	Результат обучения	Оценочные средства
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>Знать: Методы критического анализа и оценки современных научных достижений</p> <p>Уметь: анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач</p> <p>Владеть: навыками абстрактного мышления, анализа, синтеза</p>	
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<p>Знать: методы управления коллективом; модели взаимодействия сотрудников медицинских организаций внутри коллектива и с пациентами</p> <p>Уметь: толерантно воспринимать социальные, этические и культурные различия при управлении коллективом</p> <p>Владеть: методами управления коллективом, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	<p>Знать: основные нормативные документы в сфере образования; цели обучения и воспитания, методы и формы организации обучения и воспитания, современные образовательные технологии; цели и задачи непрерывного медицинского образования</p> <p>Уметь: организовывать процесс обучения с использованием современных педагогических технологий; использовать формы, методы и средства обучения и воспитания в педагогической деятельности, реализовывать педагогическую деятельность по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам.</p> <p>Владеть: современными педагогическими методами и технологиями</p>	
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	<p>Знать: группы риска развития заболеваний (генетические, профессиональные, влияние факторов окружающей среды и др.); основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы</p> <p>Уметь: давать оценку причин и условий возникновения заболеваний у человека; оценивать природные и социальные факторы среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительскую работу с населением и больными</p> <p>Владеть: Методами выявления причин и условий возникновения, развития заболеваний; методами выявления и коррекции факторов риска развития заболеваний; методами ранней диагностики заболеваний; методами формирования здорового образа жизни</p>	
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	<p>Знать: Нормативные документы, регламентирующие проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации. Сроки и объем диспансеризации взрослого населения.</p> <p>Уметь: осуществлять профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения. Определять сроки и объем диспансеризации взрослого населения.</p> <p>Владеть: методами проведения профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.</p>	
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	<p>Знать: перечень проведения противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p> <p>Уметь: организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p> <p>Владеть: понятием о качестве эффективности противоэпидемических мероприятий, по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных</p>	

		ситуациях.	
ПК-4	готовность к применению социально- гигиенических методик сбора и медико- статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	<p>Знать: методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; методики сбора статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения и подростков.</p> <p>Уметь: анализировать значение и объяснять влияние различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека</p> <p>Владеть: методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков</p>	
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	<p>Знать: проявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Уметь: определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеть: методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	
ПК-6	готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения	<p>Знать: основные принципы применения эндоскопических методов диагностики, целесообразность их использования при лечении пациентов</p> <p>Уметь: уметь определять показания и целесообразность использования различных лечебных и диагностических вмешательств при лечении</p> <p>Владеть: навыками для выполнения лечебных и диагностических вмешательств при лечении пациентов</p>	
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	<p>Знать: принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, алгоритм медицинской эвакуации</p> <p>Уметь: оказать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, выполнять лечебно-эвакуационные мероприятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях</p> <p>Владеть: способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.</p>	
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	<p>Знать: показания, противопоказания и современные возможности применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и с анаторно-курортном лечении</p> <p>Уметь: применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеть: методологией применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Знать: принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p> <p>Владеть: методами формирования у населения мотивации направленной на сохранение и укрепление своего здоровья</p>	
ПК-10	готовность к применению сновных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	<p>Знать: законы и нормативные правовые акты РФ в сфере охраны здоровья граждан; структуру амбулаторно- поликлинических и стационарных медицинских организаций; порядок взаимодействия с другими врачами- специалистами, службами, организациями, в том числе профессиональными сообществами врачей, страховыми компаниями, обществами больных и другими ведомствами</p> <p>Уметь: организовывать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p> <p>Владеть: принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p>Знать: критерии оценки качества медицинской помощи; основные медико-статистические показатели; методы оценки качества медицинской помощи</p> <p>Уметь: оценить качество оказания медицинской помощи; применять полученные</p>	

		данные для совершенствования качества оказания медицинской помощи	
		Владеть: методами оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей	
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать: этапы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	
		Уметь: эффективно организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	
		Владеть: способностью и готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	

5.ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ

№	Виды профессиональной деятельности ординатора	Место проведения	Продолжительность	Формируемые профессиональные компетенции	Форма контроля
1.	Эзофагоскопия в диагностике заболеваний пищевода. Гастроскопия в диагностике заболеваний желудка. Курация пациентов.	Эндоскопическое отделение	учебных часов	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Текущий контроль Промежуточная аттестация
2.	Дуоденоскопия в диагностике заболеваний двенадцатиперстной кишки. Колоноскопия в диагностике заболеваний прямой и обочной кишки. Курация пациентов.	Эндоскопическое отделение	учебных часов	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Текущий контроль Промежуточная аттестация
3.	Бронхоскопия в диагностике заболеваний трахеи и бронхов. Торакоскопия в диагностике заболеваний плевры и легких. Курация пациентов.	Эндоскопическое отделение	учебных часов	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Текущий контроль Промежуточная аттестация
4.	Лапароскопия в диагностике заболеваний органов. Курация пациентов.	Хирургическое отделение	учебных часов	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Текущий контроль Промежуточная аттестация

Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации

1. Возможности рентгенологического исследования в онкологии.
2. Иммунологические тесты в диагностике злокачественных опухолей.
3. Характеристика синдрома уплотнения ткани.
4. Характеристика синдрома нарушения функции.
5. Характеристика синдрома деструкции.
6. Характеристика синдрома патологических выделений.
7. Фиброгастроскопия в диагностике онкологических заболеваний.
8. Компьютерная томография в диагностике онкологических заболеваний.
9. Значение и место рентгенологического, эндоскопического, ультразвукового и термографического методов в диагностике опухолей. Методы лечения в онкологии
10. Химиотерапия злокачественных опухолей. Место химиотерапии в лечении.
11. Показания и противопоказания к химиотерапевтическому лечению.
12. Классификация противоопухолевых препаратов.
13. Методы введения химиотерапевтических препаратов.
14. Методы лучевой терапии злокачественных опухолей.
15. Классификация методов лечения — хирургический, комбинированный, комплексный и другие. Показания.
16. Ритм введения химиотерапевтических препаратов.
17. Радиочувствительность и радиорезистентность.
18. Принципы радикальных оперативных вмешательств
19. Побочные действия химиотерапевтических препаратов.
20. Показания к лучевой терапии.
21. Инфекционные осложнения при химиотерапии.
- Опухоли головы и шеи
22. Дифференциальная диагностика рака щитовидной железы.
23. Классификация рака щитовидной железы.
24. Методы лечения рака щитовидной железы.
25. Рак щитовидной железы — эпидемиология, факторы способствующие его развитию.
26. Диагностика опухолей языка и слизистой оболочки щеки, дна полости рта, твердого и мягкого неба.
27. Классификация опухолей языка и слизистой оболочки щеки, дна полости рта, твердого и мягкого неба.
28. Клиника и диагностика рака щитовидной железы.
- Опухоли грудной клетки
29. Лимфогематогенное метастазирование рака легкого, влияние на клинику и выбор метода лечения.
30. Дифференциальная диагностика рака легкого.
31. Выбор метода лечения рака пищевода в зависимости от стадии и локализации процесса.
32. Методы лечения рака легкого. Прогноз.
33. Статистика рака пищевода. Факторы, способствующие возникновению.
34. Опухоли средостения и плевры.
35. Методы диагностики рака легкого. Рентгенологические симптомы рака легкого.
36. Методы диагностики и лечения опухолей средостения.
37. Методы диагностики и лечения опухолей плевры.
38. Статистика рака легкого, группы повышенного риска.

39. Ранние признаки рака пищевода и при запущенности процесса.
 40. Классификация рака пищевода по стадиям и TNM.
 41. Классификация рака легкого по стадиям.
 42. Клиническое течение центрального рака легкого.
 43. Гистологические типы рака легкого.
 44. Клиника периферического рака легкого.
 45. Диагностика рака пищевода, дифференциальная диагностика.
- Опухоли брюшной полости и ЗБВО
46. Дифференциальная диагностика рака желудка.
 47. Выбор метода лечения рака печени.
 48. Предраковые заболевания толстой кишки.
 49. Особенности клиники рака ободочной кишки в зависимости от локализации.
 50. Клинические проявления рака прямой кишки.
 51. Выбор метода лечения рака желудка.
 52. Выбор оперативного вмешательства при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны.
 53. Факторы, способствующие возникновению рака желудка.
 54. Показания к хирургическому лечению рака желудка, принципы радикальной операции.
 55. Клинические проявления рака печени и формы течения.
 56. Классификация рака ободочной кишки по стадиям и TNM.
 57. Выбор метода оперативного вмешательства при раке ободочной кишки.
 58. Выбор оперативного вмешательства в зависимости от локализации рака прямой кишки.
 59. Доброкачественные и злокачественные забрюшинные внеорганные опухоли.
 60. Классификация рака желудка по стадиям и TNM.
 61. Паллиативные методы лечения рака желудка.
 62. Опухоли тонкой кишки - эпидемиология. Принципы лечения.
 63. Методы диагностики рака ободочной и прямой кишки.
 64. Диагностика рака печени.
 65. Вопросы статистики, эпидемиологии рака ободочной кишки.
 66. Клинические формы рака ободочной кишки.
 67. Методы исследования, применяемые при раке прямой кишки.
 68. Методы диагностики опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны.
- Опухоли женских половых органов
69. Методы диагностики рака придатков матки.
 70. Классификация рака тела матки по стадиям TNM.
 71. Выбор метода лечения рака придатков матки.
 72. Методы диагностики рака тела матки.
 73. Частота рака шейки матки. Предраковые заболевания шейки матки.
 74. Выбор метода лечения рака тела матки.
 75. Методы диагностики рака шейки матки.
 76. Опухоли придатков матки. Пути метастазирования рака придатков матки.
 77. Выбор метода лечения рака шейки матки.
 78. Классификация рака придатков матки по стадиям и TNM.
 79. Частота рака тела матки. Предраковые заболевания тела матки.
 80. Клинические проявления рака придатков матки.
- Опухоли мочевыделительной системы
81. Рак предстательной железы. Классификация рака предстательной железы.
 82. Методы диагностики опухолей почек.
 83. Методы диагностики рака предстательной железы.
 84. Лечение опухолей почек.
 85. Лечение рака предстательной железы
 86. Опухоли мочевого пузыря. Классификация опухолей мочевого пузыря.
 87. Опухоли яичка и полового члена.
 88. Методы диагностики опухолей мочевого пузыря.
 89. Диагностика опухолей яичка и полового члена.
 90. Лечение опухолей мочевого пузыря.
 91. Методы лечения опухолей яичка и полового члена.
- Опухоли кожи
92. Лечение рака кожи. Непосредственные и отдаленные результаты лечения.
 93. Эпидемиология меланомы. Факторы, способствующие малигнизации пигментных невусов.
 94. Заболеваемость раком кожи. Факторы, способствующие возникновению рака кожи.
 95. Предмеланоматозные состояния. Профилактика озлокачествления.
 96. Факультативные и облигатные предраки кожи.
 97. Клиническая характеристика меланом. Диагностика меланом кожи.
 98. Классификация рака кожи. Гистологические разновидности.
 99. Методы лечения меланом кожи.
- Опухоли костей и м. тканей
100. Дифференциальная диагностика опухолей костей.
 101. Лечение остеогенной саркомы у детей. Прогноз.
 102. Лечение опухолей костей. Прогноз.
 103. Клинические проявления опухолей мягких тканей.
 104. Современная классификация опухолей костей.
 105. Методы диагностики опухолей мягких тканей. Дифференциальная диагностика опухолей этой локализации.
 106. Лечение опухолей мягких тканей. Прогноз.
 107. Клинические проявления, методы диагностики опухолей костей.
- Онкогематология
108. Клиника лимфогранулематоза в зависимости от стадии.
 109. Миеломная болезнь.
 110. Клинические и биологические симптомы интоксикации при лимфогранулематозе.
 111. Принципы диагностики и лечения лимфогранулематоза.
 112. Методы диагностики лимфогранулематоза.
 113. Гематосаркомы. Принципы диагностики и лечения.
 114. Принципы терапии лимфогранулематоза.
 115. Вопросы этиопатогенеза лимфогранулематоза. Международная классификация опухолей кроветворной и лимфатической системы.
 116. Лучевое лечение по радикальной программе лимфогранулематоза.
- Опухоли у детей
117. Методы диагностики в онкологии.
 118. Этиология и эпидемиология опухолей у детей. Сбор и оценка жалоб у ребенка с онкологическим заболеванием.
 119. Особенности лучевой терапии злокачественных опухолей у детей.
 120. Значение генетического и эпидемиологического анамнеза в диагностике опухолей у детей.
 121. Злокачественные опухоли костей у детей, место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями.

122. Клинические проявления, рентгенологическая характеристика остеогенной саркомы у детей.

Рак молочной железы

123. Предраковые заболевания молочной железы. Факторы риска.

124. Заболеваемость. Вопросы этиологии и патогенеза рака молочной железы.

125. Классификация рака молочной железы по стадиям и TNM.

126. Пути метастазирования рака молочной железы.

127. Клинические формы рака молочной железы.

128. Диагностика рака молочной железы. Методы специального обследования.

129. Общие принципы лечения рака молочной железы.

130. Выбор оперативного вмешательства при раке молочной железы.

Экстренная онкология

131. Экстренная онкология желудочно-кишечного тракта.

132. Острая кишечная непроходимость. Тактика лечения и выбор метода оперативного вмешательства.

133. Перфорация опухолей желудочно-кишечного тракта. Тактика лечения и выбор оперативного вмешательства.

134. Экстренная онкология при опухолях легких. Выбор метода лечения.

135. Экстренная онкология при опухолях мочеполовой системы. Выбор метода лечения.

136. Экстренная онкология при опухолях женских половых органов. Выбор метода лечения.

Ситуационные задачи

Задача № 1. Больной П., 17 лет, обратился с жалобами на увеличение правого яичка. Опухоль выявлена в ходе медицинского осмотра по месту жительства. Со слов больного увеличение правого яичка отмечено в течение года. При объективном осмотре правое яичко представлено опухолью 4 x 6 см. Кардиореспираторных нарушений нет. УЗИ органов брюшной полости малого таза, забрюшинного пространства структурных изменений не выявило. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. В мошонке справа образование размером до 4,2x5,8 см. При пункционной биопсии - тератобластома правого яичка

1. Какова тактика лечения пациента на первом этапе?

2. Укажите, все ли обследования выполнены?

3. Определите прогноз заболевания и соответственно дальнейшую тактику лечения?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика опухолей яичка

5. Какие рентгенологические методы исследования применяются для диагностики поражения забрюшинных л/узлов при опухолях яичка?

Задача № 2. Мужчина 58 лет пришел на прием к онкологу с жалобами на наличие плотного опухолевидного подкожного образования в области грудины, болезненного при резких движениях и глубоком дыхании. Отметил появление данного образования после травмы 1,5 года назад, в течение последних 6 месяцев опухоль увеличилась. При осмотре определяется плотное болезненное малоподвижное образование размерами 6x4 см в области тела грудины и стерно-костального сочленения слева.

1. Назовите наиболее вероятные версии предварительного диагноза.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. К какой клинической группе диспансерного наблюдения относится данный пациент?

4. Какие документы должен оформить врач-онколог при подтверждении злокачественного характера опухоли?

Задача № 3. У пациента 37 лет при обследовании обнаружено увеличение паховых лимфатических узлов слева. При осмотре на коже передней поверхности левой голени пигментное образование неправильной формы до 12 мм, с неровной поверхностью, неоднородной окраски. Из анамнеза: Пациент отмечает наличие этого образования с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Предположительная стадия заболевания.

3. Назовите необходимые дополнительные исследования.

4. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.

5. Определите Вашу тактику в отношении пациента.

Задача № 4. У больного 4 лет, в течение 5-6-и месяцев отмечается гиперплазия шейных лимфоузлов, периодические подъемы температуры тела до 37-38С, получал антибактериальную терапию, с кратковременным эффектом. За последний месяц отмечается интенсивный рост шейных лимфоузлов. Объективно: ребенок пониженного питания, пальпаторно на боковой поверхности шеи слева с переходом в надключичную область определяются лимфоузлы до 4,5x6 см, конгломератного типа, безболезненные, плотно-эластической консистенции, кожа не изменена, справа надключичные л/у до 2,5 см. Другие группы лимфоузлов не определяются. При СРКТ органов грудной клетки и брюшной полости — другой патологии не выявлено, внутригрудные и забрюшинные л/у не увеличены.

1. О какой болезни можно подумать в данном случае?

2. Как Вы считаете, в данной ситуации можно верифицировать опухолевый процесс?

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести этому больному?

4. Какую стадию заболевания Вы предполагаете в данной ситуации?

5. Какова по Вашему мнению должна быть тактика лечения?

Задача № 5. Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течение 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе - патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

1. Назовите предполагаемый диагноз

2. Какие исследования необходимо дополнительно выполнить для уточнения диагноза, стадии и группы клинического наблюдения

3. При проведении дополнительных исследований в брюшной полости кроме увеличенных лимфатических узлов в малом сальнике, выявлено увеличение лимфатических узлов до 1,7 2 см в области чревного ствола и подозрение на прорастание капсулы поджелудочной железы. Какова будет тактика лечения?

4. Какой объём хирургического вмешательства будет оптимальным?

5. После выполнения операции и получения гистологического заключения поставлен диагноз: Рак желудка Т4, стадия III. Показано ли проведение адьювантной противоопухолевой химиотерапии?

Задача № 6. У курильщика 68 лет появилось плотное безболезненное образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытое корочкой размерами 1,0 см. На шею слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2,0 см.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Каков план обследования?

3. При гистологическом исследовании биопсийного материала из опухоли и лимфатического узла на шее получено заключение о наличии плоскоклеточного ороговевающего рака. Поражения других регионарных лимфоузлов, а также отдалённых метастазов не выявлено. Назовите стадию процесса.

4. Расскажите об основных принципах лечения.

5. Предложите тактику лечения этого больного?

Задача № 7. Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: в области лба поверхностное образование 1,5x2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

3. Назовите необходимые дополнительные исследования.

4. Расскажите о принципах лечения.

5. Определите Вашу тактику в отношении пациента?

Задача №8. Больная М., 60 лет, около 5 месяцев отмечает субфебрилитет, нарастающую слабость, анорексию, тупые боли в животе ближе к правому подреберью и в правой половине поясницы, неустойчивый стул со слизью и кровью. При рентгеноскопии желудка патологии нет. При ректороманоскопии — в прямой и сигмовидной кишке комочки слизи. Объективно: кожные покровы бледные, пульс — 78 ударов в минуту, АД = 150/90 мм рт. ст. Живот несколько вздут в мезогастрии. Отмечается болезненность по правому фланку, печень по краю реберной дуги.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования показаны в данном случае?

18. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.70

Эндоскопия

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для итогового контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на государственной итоговой 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 государственной итоговой аттестации соответствуют форме государственной итоговой аттестации по дисциплине, определенной в учебном 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 – готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

УК-2 - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

УК-3 - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

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

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

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

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

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

ПК-6 – готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями, требующими для диагностики и лечения эндоскопические методы.

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

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

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

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

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

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

Оценочные материалы.

1 этап государственной аттестации – проверка выполнения практических навыков

Практические задания для демонстрации практических навыков.

1. Соберите анамнез.
2. Проведите внешний осмотр.
3. Ознакомьтесь с результатами исследований в амбулаторной карте, в истории болезни.
4. Выясните аллергический анамнез.
5. Сформулируйте для себя предварительный диагноз.
6. Определите показания и противопоказания, риск проводимого эндоскопического исследования.
7. Проведите эндоскопическое исследование.
8. Сформулируйте заключение эндоскопического исследования.
9. Определите необходимые эндоскопические исследования или совмещенные с ним другие исследования.
10. Проведите биопсию в желудке для определения Нр и пренеопластических изменений слизистой оболочки желудка.
11. Проведите эндоскопическую дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных язв.
12. Проведите уточняющие эндоскопические методики в пищеводе, в желудке, кишечнике для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных изменений СО.
13. Составьте поэтапный план диагностики и лечения эпителиального выступающего образования тела желудка (ранний рак?): эндоскопическое описание, использование уточняющих эндоскопических методик (для дифференциальной диагностики доброкачественного и злокачественного характера), а затем лечения (резекция слизистой оболочки, резекция с подслизистым слоем).
14. Составьте план эндоскопического исследования выступающего или углубленного образования и решения вопроса об эндоскопическом внутрипросветном удалении.
15. Расскажите этапы внутрипросветной эндоскопической операции при дивертикуле Ценкера.
16. Представьте этапы ПОЭМ при ахалазии кардии.
17. Расскажите об эндоскопических способах лечения стенозов пищевода.
18. Представьте этапы удаления доброкачественного неэпителиального образования пищевода.
19. Назовите особенности пищеводно-желудочного перехода – эндоскопические и гистотопографические, которые диктуют особенности эндоскопической диагностики заболеваний ПЖП.
20. Опишите внутрипросветные эндоскопические операции при ГЭРБ.
21. Расскажите об особенностях проведения эзофагоскопии.
22. Представьте, о чем свидетельствует наличие ксантомы в желудке.
23. Назовите косвенные признаки наличия Нр в желудке.
24. Назовите варианты локализации линии соединения желудочной и дуоденальной слизистых оболочек.
25. Назовите причину необходимости взятия биопсии с язвы пилорического канала и луковицы 12-п.кишки.
26. Назовите особенности строения стенки ДПК.
27. Расскажите о классификации эрозий желудка.
28. Расскажите о правилах взятия биопсии для определения Нр.
29. Расскажите о принципе и необходимости использования классификации OLGA.
30. Расскажите о принципе и необходимости использования Согласованной Венской классификации при неопластических изменениях ЖКТ.
31. Расскажите о возможных источниках кровотечения ЖКТ.
32. Расскажите об организационных моментах осмотра и лечения больных с желудочно-кишечным кровотечением.
33. Определите способ эндоскопического гемостаза в зависимости от источника кровотечения.
34. Наметьте план контрольного эндоскопического исследования после первичного осмотра при кровотечении.
35. Решите вопрос о способе подготовки толстого кишечника при кровотечении из нижних отделов ЖКТ.
36. Дайте характеристику рельефа слизистой оболочки различных отделов толстого кишечника.
37. Тубулярные и зубчатые аденомы толстого кишечника. Классификации. Эндоскопическая семиотика.
38. Дайте определение понятию «скрининг рака ЖКТ».
39. Назовите методы для скрининга колоректального рака.

40. Назовите принципы скрининговой колоноскопии.
41. Определите место хромокопии среди всех уточняющих эндоскопических методик.
42. Расскажите о применении возможных уточняющих эндоскопических методик при заболевании ДПК.
43. Расскажите о заболеваниях тонкого кишечника, выявляемых капсульной эндоскопией.
44. Расскажите о сосудистых мальформациях в качестве источника кровотечения ЖКТ.
45. Расскажите о методе эндоскопического гемостаза в зависимости от источника кровотечения в ЖКТ.
46. Расскажите о показаниях к гибкой и ригидной бронхоскопии.
47. Расскажите о способах лечения стеноза трахеи.
48. Расскажите об эндоскопической семиотике и классификации эндобронхита.
49. Расскажите о показаниях и видах лечебной бронхоскопии.
50. Расскажите о современном оборудовании для халангиоскопии и лечебных манипуляциях в общем желчном протоке.
51. Расскажите о показаниях, противопоказаниях и осложнениях при ЭРХПГ и ПСТ.
52. Расскажите о правилах осмотра брюшной полости при лапароскопии.
53. Расскажите о способах полипэктомии, о преимуществах и недостатках каждого из них.
54. Представьте виды документаций в эндоскопическом отделении (кабинете).
55. Расскажите об обработке эндоскопического оборудования и инструмента.
56. Расскажите о санэпидрежиме в эндоскопическом отделении (кабинете).

II этап. Вопросы для устного опроса.

1. Понятия, цель, задачи эндоскопии. История развития эндоскопии.
2. Врачебная этика и медицинская деонтология в деятельности врача-эндоскописта. Взаимоотношения врача и больного.
3. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в эндоскопическом кабинете (в поликлинике и стационаре).
4. Профилактика передачи острозаразных заболеваний во время эндоскопического исследования. Вопросы асептики и антисептики в эндоскопии.
5. Роль и место эндоскопии в структуре оказания специализированной помощи населению. Современное состояние эндоскопической службы и пути ее развития.
6. Основные принципы организации работы отделения эндоскопии: учет, отчетность, контроль, ведение медицинской и финансовой документации в хирургическом отделении стационара (работа стационара и поликлиники).
7. Организация неотложной эндоскопической помощи населению. Внедрение новых методов лечения.
8. Роль и направление деятельности главного эндоскописта в системе управления здравоохранением.
9. Планирование, экономика и финансирование эндоскопической службы. Работа эндоскописта в условиях страховой медицины.
10. Основные принципы эндоскопии.
11. Архивирование изображения при эзофагоскопии.
12. Общее представление о методике эзофагоскопии.
13. Показания и противопоказания при проведении эзофагоскопии.
14. Осложнения эзофагоскопии.
15. Подготовка больного к эзофагоскопии. Премедикация и обезболивание.
16. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов при эзофагоскопии. Последовательность эндоскопического осмотра.
17. Особенности эндоскопического осмотра ПЖП.
18. Биопсия. Особенности биопсии в области Z - линии.
19. Критерии оценки слизистой оболочки (2 слизистых оболочек выше и ниже Z –линии, складки слизистой оболочки)
20. Выполнение диагностических манипуляций, совмещенных с эндоскопией.
21. Лечебные манипуляции через эндоскоп при эзофагоскопии.
22. Сочетанные и рентгенологические исследования, уточняющие эндоскопическую методику при эзофагоскопии.
23. Общее представление о методике гастроскопии.
24. Показания и противопоказания при проведении гастроскопии.
25. Осложнения гастроскопии.
26. Подготовка больного к гастроскопии. Премедикация и обезболивание.
27. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов при гастроскопии.
28. Последовательность эндоскопического осмотра при гастроскопии.
29. Критерии, оценки слизистой оболочки и стенок желудка: цвет и складки слизистой оболочки, эластичность стенок и складок слизистой оболочки количество и характер содержимого желудка; привратник: форма, функциональное состояние; уровень линии соединения, желудочной и дуоденальной слизистых оболочек; форма и слизистая оболочка луковицы ДПК и дистальных отделов ДПК.
30. Биопсия: поисковая и прицельная. Правила взятия для определения Нр и пренеопластических изменений слизистой оболочки при проведении гастроскопии.
31. Выполнение подсобных диагностических манипуляций при гастроскопии.
32. Выполнение диагностических манипуляций, совмещенных с эндоскопией при гастроскопии.
33. Лечебные манипуляции через эндоскоп при гастроскопии.
34. Сочетанные и рентгенологические исследования, уточняющие эндоскопическую методику при гастроскопии.
35. Общее представление о методике дуодено- и холедохоскопии.
36. Показания и противопоказания при проведении дуодено- и холедохоскопии.
37. Осложнения дуодено- и холедохоскопии.
38. Подготовка больного к дуодено- и холедохоскопии. Инструменты ЭРХПГ и ПСТ.
39. Особенности строения стенки ДПК.
40. Введение дуоденоскопа и подсобных диагностических инструментов при проведении дуоденоскопии.
41. Последовательность эндоскопического осмотра при дуоденоскопии.
42. Биопсия при дуоденоскопии.
43. Выполнение подсобных диагностических манипуляций при проведении дуоденоскопии.
44. Лечебные манипуляции через эндоскоп при дуоденоскопии.
45. Холедохоскопия – аппаратура.
46. Методика интраоперационной и трансдуоденальной холедохоскопии.
47. Методика осмотра желчных путей при холедохоскопии.
48. Эндоскопические исследования, совмещенные с рентгенологическими и другими исследованиями
49. Ведение больного после эндоскопического исследования при дуодено- и холедохоскопии.
50. Общее представление о методике ректо- и колоноскопии
51. Показания и противопоказания к проведению ректо- и колоноскопии
52. Осложнения ректо- и колоноскопии
53. Подготовка больного к ректо- и колоноскопии. Премедикация и обезболивание.
54. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов при проведении ректо- и колоноскопии. Последовательность эндоскопического осмотра.
55. Биопсия. Архивирование изображения при ректо- и колоноскопии.
56. Выполнение подсобных диагностических манипуляций при проведении ректо- и колоноскопии.
57. Лечебные манипуляции через эндоскоп при проведении ректо- и колоноскопии.
58. Эндоскопические исследования, совмещенные с рентгенологическими и уточняющими эндоскопическими методиками при проведении ректо- и колоноскопии.
59. Ведение больного после ректо- и колоноскопии.
60. Общее представление о методике бронхоскопии.
61. Показания и противопоказания к проведению бронхоскопии.
62. Осложнения бронхоскопии.
63. Аппаратура для бронхоскопии: гибкие и ригидные эндоскопы.
64. Методика гибкой и ригидной бронхоскопии.
65. Показания гибкой и ригидной бронхоскопии, к лечебной и реанимационной эндоскопии.
66. Подготовка больного к бронхоскопии. Премедикация и обезболивание.
67. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов при проведении бронхоскопии. Последовательность эндоскопического осмотра.

68. Биопсия при проведении бронхоскопии.
69. Выполнение подсобных диагностических манипуляций при проведении бронхоскопии.
70. Лечебные манипуляции через эндоскоп при бронхоскопии.
71. Эндоскопические исследования, совмещенные с рентгенологическими и др. при бронхоскопии.
72. Ведение больного после бронхоскопии.
73. Общее представление о методике медиастино- и торакоскопии
74. Показания и противопоказания к медиастино- и торакоскопии.
75. Осложнения медиастино- и торакоскопии
76. Подготовка больного к медиастино- и торакоскопии. Премедикация и обезболивание.
77. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов при проведении медиастино- и торакоскопии. Последовательность эндоскопического осмотра.
78. Биопсия при проведении медиастино- и торакоскопии. Архивирование изображения.
79. Выполнение подсобных диагностических манипуляций при медиастино- и торакоскопии.
80. Лечебные манипуляции через эндоскоп при медиастино- и торакоскопии.
81. Эндоскопические исследования, совмещенные с рентгенологическими и др. при проведении медиастино- и торакоскопии.
82. Ведение больного после медиастино- и торакоскопии.
83. Общее представление о методике лапароскопии
84. Показания и противопоказания к проведению лапароскопии
85. Осложнения лапароскопии
86. Подготовка больного к лапароскопии. Премедикация и обезболивание.
87. Введение эндоскопа и подсобных диагностических инструментов при лапароскопии. Последовательность эндоскопического осмотра.
88. Биопсия при проведении лапароскопии. Архивирование изображения.
89. Выполнение подсобных диагностических манипуляций при лапароскопии.
90. Лечебные манипуляции через эндоскоп при лапароскопии.
91. Эндоскопические исследования, совмещенные с рентгенологическими и др. при лапароскопии.
92. Ведение больного после лапароскопии.
93. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эндоскопические признаки.
94. Эзофагиты.
95. ГЭРБ. Классификация.
96. Особенности пищеводно-желудочного перехода. Пищевод Барретта.
97. Рак пищевода: плоскоклеточный и аденокарцинома.
98. Дивертикулы.
99. Варикозное расширение вен пищевода.
100. Кардиоспазм.
101. Ожоговая стриктура.
102. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли.
103. Эндоскопические признаки гастрита.
104. Эрозии и острые язвы.
105. Язвы желудка. Эндоскопическая семиотика
106. Эндоскопическая семиотика острой и рубцующейся язвы.
107. Эндоскопическая дифференциальная диагностика доброкачественной и злокачественной язвы.
108. Косвенные эндоскопические признаки панкреатита.
109. Косвенные признаки наличия Нр.
110. Рак желудка.
111. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли.
112. Рак желудка: классификация в зависимости от глубины распространения.
113. Интраэпителиальный рак и ранний рак желудка.
114. Хирургическое и эндоскопическое определение раннего рака.
115. Классификации раннего и развитого рака желудка.
116. Карциноид желудка.
117. Опухольеподобные образования желудка.
118. Мальтома желудка. Классификация.
119. Болезни оперированного желудка.
120. Дуоденит.
121. Дивертикулы.
122. Острая язва. Рубцующаяся язва.
123. Особенности соединения желудочной и дуоденальной слизистых оболочек ГДП.
124. Особенности строения стенки ДПК.
125. Полипы и рак ДПК.
126. Папиллит.
127. Хроническая дуоденальная непроходимость.
128. Опухоли большого дуоденального сосочка.
129. Холедохолитиаз.
130. Стеноз большого дуоденального сосочка.
131. Злокачественные опухоли желчевыводящих путей.
132. Геморрой.
133. Хронический колит.
134. Язвенный колит и болезнь Крона.
135. Дивертикулез.
136. Полипы: аденоматозные и зубчатые. Классификации.
137. Диффузный полипоз.
138. Рак прямой и ободочной кишки.
139. Ишемический колит.
140. Эрозивно-язвенные поражения толстой кишки.
141. Эпителиальные и неэпителиальные образования толстой кишки.
142. Спид и изменения ЖКТ.
143. Трахеит.
144. Острый бронхит. Эндоскопическая классификация.
145. Эндоскопические признаки пневмонии.
146. Эндоскопические признаки бронхотической болезни.
147. Эндоскопические признаки абсцесса легких.
148. Доброкачественные опухоли трахеи и бронхов.
149. Злокачественные опухоли трахеи.
150. Рак легкого: периферический и центральный.
151. Диссеминированные заболевания легких.
152. Инородные тела.
153. Бронхиальный свищ.
154. Стеноз трахеи.
155. Плевриты неясной этиологии.
156. Спонтанный пневмоторакс.
157. Пионевмоторакс.

158. Опухоли плевры.
159. Пороки развития плевры.
160. Субплеврально расположенные воспалительные и опухолевые заболевания легких, грудной стенки и средостения.
161. Внутригрудные аденопатии.
162. Метастазы рака легкого в лимфатические узлы.
163. Диссеминированные легочные процессы.
164. Заболевания печени.
165. Острые и хронические воспалительные заболевания органов брюшной полости.
166. Онкологические заболевания органов брюшной полости.
167. Заболевания кишечника.
168. Заболевания органов малого таза.
169. Заболевания органов забрюшинного пространства.
170. Травматические повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
171. Показания и противопоказания.
172. Лекарственные препараты, используемые во время эндоскопического исследования.
173. Сроки заживления язв.
174. Лазеротерапия дуоденальных язв.
175. Эндоскопическая медикаментозная ваготомия.
176. Отдаленные результаты.
177. Классификация кровотечений, Forrest.
178. Источники кровотечения.
179. Подготовка больных при кровотечениях из верхних отделов и нижних отделов ЖКТ.
180. Правила оказания эндоскопической помощи при ЖКТ.
181. Аппаратура и инструменты.
182. Способы эндоскопического гемостаза.
183. Осложнения.
184. Аппаратура и инструментарий.
185. Способы эндоскопического гемостаза в зависимости от источника кровотечения.
186. Эффективность местного гемостаза.
187. Классификация инородных тел.
188. Показания и противопоказания для извлечения инородных тел.
189. Осложнения.
190. Инструменты, используемые для извлечения инородных тел.
191. Способ извлечения инородных тел, в зависимости от характера предмета.
192. Ведение больного после извлечения инородного тела.
193. Показания и противопоказания.
194. Осложнения.
195. Предоперационное обследование.
196. Методы удаления полипов и доброкачественных неэпителиальных опухолей. Преимущества и недостатки каждого из них.
197. Эндоскопическое удаление неэпителиальных образований пищевода, желудка, толстой кишки.
198. Ведение больного после удаления полипов и опухолей.
199. Эндоскопический осмотр больных после удаления полипов и опухолей в отдаленном периоде.
200. Интраоперационное извлечение интрадуоденальное извлечение конкрементов из желчных путей.
201. Инструменты для холедохоскопии и извлечение конкрементов.
202. Полипэктомия.
203. ПСТ и дилатация большого дуоденального сосочка.
204. Показания и противопоказания к лечебной холедохоскопии.
205. Осложнения.
206. Показания и противопоказания к гибкой и ригидной бронхоскопии, санационной и реанимационной БС.
207. Осложнения. Способы обезболевания.
208. Лекарственные препараты, используемые во время санации.
209. Отдаленные результаты.
210. Показания и противопоказания.
211. Осложнения.
212. Выбор инструмента, в зависимости от характера инородного тела.
213. Способ извлечения инородных тел, в зависимости от характера предмета.
214. Ведение больного после извлечения инородного тела.
215. Методика удаления опухолей.
216. Ведение больного после удаления опухоли.
217. Способы бужирования стеноза пищевода.
218. Аппаратура и инструменты для бужирования стеноза пищевода
219. Показания и противопоказания.
220. Осложнения.
221. Показания к оперативному лечению.
222. Способы лечения стенов трахеи, аппаратура и инструменты и лечение стенозов трахеи, показания, противопоказания.
223. Осложнения. Показание к оперативному лечению.
224. Ведение больного после лечения стеноза пищевода и трахеи.
225. Различные способы дренирования желчного пузыря.
226. Дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.
227. Рассечение спаек в брюшной полости.
228. Стомирование полых органов.
229. Местный гемостаз при внутрибрюшном кровотечении.
230. Холцистэктомия.
231. Аппендэктомия.
232. Герниопластика.
233. Резекция желудка.
234. Резекция толстой кишки.
235. Экстренная лапароскопия.

4. Критерии оценивания результатов сдачи итоговой государственной аттестации

Форма контроля	Критерии оценивания
Ответ на вопросы экзаменационного билета	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого 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. 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 материала, 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.
Сдача практических навыков	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

5. Образец экзаменационного билета

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

«Утверждаю»
проректор по учебной работе
д.м.н., профессор Чернышева Т.В.

« _____ » _____ 2021 года

**Этап государственного экзамена:
Экзамен в устной форме по экзаменационным билетам
Уровень образования: высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность: «31.08.70 Эндоскопия»**

БИЛЕТ № 1

1. ГЭРБ. Классификация.

2. Ранний рак желудка. Хирургическое и эндоскопическое определение. Уточняющие эндоскопические методики в диагностике раннего рака.

3. Методика осмотра брюшной полости при лапароскопии.

4. Эндобронхит. Классификация.

Заведующий кафедрой
хирургии

д.м.н., профессор

С.В. Мирошников

Председатель учебно-методической комиссии

по подготовке кадров высшей квалификации

д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
 «Оренбургский государственный медицинский университет»
 Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
 Этап государственного экзамена: сдача практических навыков
 Уровень образования: высшее образование - подготовка кадров высшей квалификации
 в ординатуре по специальности
 «31.08.70 Эндоскопия»
КАРТА

**комплексной оценки практических навыков
 при работе с пациентом**

№ п/п	Перечень оцениваемых практических навыков	Оценка в баллах			Коэффициент	Сумма баллов
		2	1	0		
1.	Расспрос жалоб	2	1	0	2	
2.	Анамнез заболевания и жизни	2	1	0	2	
3.	Методика осмотра больного	2	1	0	2	
4.	Методика пальпации	2	1	0	2	
5.	Методика перкуссии	2	1	0	2	
6.	Методика аускультации	2	1	0	2	
7.	Методика узкоспециального обследования	2	1	0	2	
8.	Трактовка данных объективного обследования	2	1	0	2	
9.	Трактовка данных лабораторного, инструментального обследования	2	1	0	2	
10.	Составление плана обследования (дообследования)	2	1	0	2	
11.	Формулировка эндоскопического заключения	2	1	0	2	
12.	Составление программы эндоскопического обследования с применением уточняющих эндоскопических методик	2	1	0	2	
13.	Определение тактики и решение вопроса о возможном внутрипросветном оперативном лечении	2	1	0	2	
14.	Планирование эндоскопических осмотров пациента после эндоскопического оперативного лечения	2	1	0	1	
15.	Планирование эндоскопических осмотров у больных с желудочно-кишечным кровотечением после первичного осмотра	2	1	0	1	
16.	Планирование мероприятий по профилактике	2	1	0	1	
17.	Соблюдение принципов деонтологии	2	1	0	1	
Время затраченное на работу с пациентом					80 мин. - 5 б. 120 мин. - 4 б. 140 мин. - 3 б. (в зависимости от вида эндоскопического исследования)	
ИТОГО баллов					—	
ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА					—	

Максимальное количество баллов - 65
 «Отлично»----- 55-65 баллов
 «Хорошо»----- 45-54 баллов
 «Удовлетворительно» 34-44 баллов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
 «Оренбургский государственный медицинский университет»
 Министерства здравоохранения Российской Федерации,
 ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
 Этап государственного экзамена: сдача практических навыков
 Уровень образования: высшее образование - подготовка кадров высшей квалификации
 в ординатуре по специальности
 «31.08.70 Эндоскопия»

Дата сдачи практических навыков

Время подготовки

Ф.И.О. ординатора

Пациент

1. Жалобы
2. Анамнез заболевания и жизни
3. Данные осмотра.
4. Трактовка данных лабораторного, инструментального обследования
5. План обследования (дообследования)
6. Заключение.
7. Программы использования методов для диагностики заболевания
8. Определение тактики и решение вопроса о возможности внутрипросветного оперативного лечения больного
9. Методики основных оперативных вмешательств при данной патологии.
10. Правильность оформления протокола и заключения эндоскопического исследования.
11. Назначения после эндоскопического оперативного лечения.
12. Планирование скрининговой эндоскопии для исключения рака ЖКТ

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	Знать - сущность методов системного анализа и системного синтеза; понятие «абстракция», ее типы и значение.	вопросы № 1-235
		Уметь - организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); проведение методического анализа дидактического материала для преподавания; выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных, несущественных; анализировать учебные и профессиональные тексты; анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; выявлять основные закономерности изучаемых объектов; прогнозировать новые неизвестные закономерности.	практические задания № 1-56
		Владеть - навыками сбора, обработки информации по учебным и профессиональным проблемам; навыками выбора методов и средств решения учебных и профессиональных задач.	практические задания № 1-56
2	УК-2	Знать - Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения. - Обучение и переподготовка персонала. Роль специалиста по управлению в повышении квалификации персонала; - Роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения; - Вопросы аттестации и сертификации персонала; - Дистанционное образование;	вопросы № 1-235
		Уметь - организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); -Разработка программ непрерывного профессионального образования и повышения квалификации медицинского персонала учреждения; - Организация рабочего процесса в медицинских организациях учреждениях с учетом особенностей профессиональных различий.	практические задания № 1-56
		Владеть - Нормативной и распорядительной документацией; -Современными образовательными и медицинскими технологиями.	практические задания № 1-56
3.	УК-3	Знать - Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения. - Обучение и переподготовка персонала. Роль специалиста по управлению в повышении квалификации персонала; -Пациент-ориентированный подход в современной медицине; - Роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения; - Вопросы аттестации и сертификации персонала; - Дистанционное образование;	вопросы № 1-235
		Уметь - организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); -Разработка программ непрерывного профессионального образования и повышения квалификации медицинского персонала учреждения; - Проведение методического анализа дидактического материала для преподавания; - Организация и проведение учебного процесса в медицинских организациях и образовательных учреждениях по постановке и решению профессиональных задач;	практические задания № 1-56
		Владеть - нормативной и распорядительной документацией; - современными образовательными технологиями	практические задания № 1-56
4.	ПК-1	Знать - современные методы ранней диагностики заболеваний, основные и дополнительные методы обследования (лабораторную и инструментальную, рентген диагностику у пациентов с хирургической патологией); - причинно-следственные связи изменений состояния здоровья (в том числе, возникновения хирургических заболеваний) от воздействия факторов среды обитания.	вопросы № 1-235
		Уметь - оценивать состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды - предпринимать меры профилактики, направленные на предупреждение возникновения или распространения хирургических заболеваний; - устанавливать причинноследственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания и выявлять причины и условия их возникновения и развития; - проводить основные и дополнительные методы исследования при хирургических заболеваниях для уточнения диагноза; - интерпретировать результаты обследования пациентов.	практические задания № 1-56
		Владеть - навыками осуществления санитарно-просветительской работы	практические задания № 1-56

		со взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья; - навыками применения мероприятий по лечению и профилактике эндоскопических заболеваний.	
5.	ПК-2	<p>Знать организацию, проведение профилактических медицинских осмотров; -правила проведения диспансеризации пациентов хирургического профиля, анализ ее эффективности; -формы и методы санитарно- просветительской работы.</p> <p>Уметь - оценивать состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи; - проводить клиническое обследование пациента; - формировать диспансерные группы; - проводить вторичную профилактику и диспансеризацию, оценивать ее эффективность; - проводить санитарнопросветительскую работу</p> <p>Владеть – навыками проведения профилактических медицинских осмотров; - навыками осуществления санитарно-просветительной работы с населением, направленной на пропаганду здорового образа жизни, и профилактику заболеваний эндоскопического профиля.</p>	<p>Вопросы № 1-235</p> <p>практические задания № 1-56</p> <p>практические задания № 1-56</p>
6.	ПК-3	<p>Знать - принципы организации санитарной охраны территории от заноса карантинных и других особо опасных инфекционных болезней; -принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций; -вопросы организации противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях</p> <p>Уметь - организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней; - организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями;</p> <p>Владеть - навыками в организации и проведении комплекса дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных болезней</p>	<p>Вопросы № 1-235</p> <p>практические задания № 1-56</p> <p>практические задания № 1-56</p>
7.	ПК-4	<p>Знать - методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; -статистику состояния здоровья населения; -критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения;</p> <p>Уметь - применять методики изучения состояния здоровья населения; - использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции.</p> <p>Владеть - навыками составления плана и программы медико-статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ; -методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья; -методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды</p>	<p>Вопросы № 1-235</p> <p>практические задания № 1-56</p> <p>практические задания № 1-56</p>
8.	ПК-5	<p>Знать</p> <p>Этапы формирования язв желудка и ДПК, показания, противопоказания к местному лечению, способы местного лечения и заживления язв; классификации желудочно-кишечных кровотечений (по Forrest, клиническую и по волновой скорости), источников кровотечений, способы эндоскопического гемостаза, определение риска рецидива кровотечения; осложнения наличия инородных тел в ЖКТ, организационные вопросы, показания, инструменты и способы извлечения инородных тел в зависимости от характера предмета, а также ведение больного после извлечения инородного тела; классификации полипов, показаний и противопоказаний к полипэктомии, осложнений полипэктомии, способов удаления полипов, подготовки к операции, послеоперационное ведение больного и контрольные эндоскопии после полипэктомии в зависимости от гистологической структуры полипа; заболевания желчных путей, способы извлечения конкрементов, полипэктомии из желчных путей, правила папиллосфинктеротомии (ПСТ) и дилатации БДС; показания и противопоказания санационной бронхоскопии, лекарственных препаратов, используемых для лечебной бронхоскопии, правил проведения санации; осложнений нахождения инородных тел в трахеи и бронхах, показаний и противопоказаний к увеличению инородных тел, использования инструментов в зависимости от характера инородного тела, выбора способа БС (ригидной или гибкой), способа обезболивания, ведение больного после извлечения инородного тела; показаний, противопоказаний и осложнений ЛС, методики осмотра брюшной полости, анатомии желчных путей различных способов дренирования желчного пузыря, брюшной полости и сальниковой сумки, техники оментопексии, стомирования, ушивания перфорации полых органов. Знание показаний к лечению гинекологических показаний, профилактики осложнений при ЛС.</p> <p>Уметь</p> <p>Оценить способы местного лечения для язв желудка или 12-перстной кишки и дифференцированно подойти к их лечению; оценить противопоказания к эндоскопии при ЖКК, оформить заключение и правильно решить вопрос о выборе эндоскопического гемостаза; определить инородное тело в ЖКТ, способ его извлечения, инструменты соответственно инородному телу и дальнейшее ведение больного; определить показания и противопоказания к полипэктомии, осложнения полипэктомии, способы удаления полипов, подготовки к операции, послеоперационное ведение больного и контрольные эндоскопии после полипэктомии в зависимости от гистологической структуры полипа; определить способы извлечения конкрементов, полипэктомии из желчных путей, правила папиллосфинктеротомии (ПСТ) и дилатации БДС; определить показания и противопоказания и осложнения санационной бронхоскопии, лекарственные препараты, используемые для лечебной бронхоскопии, отдаленные результаты и частоту курсов проведения санационных бронхоскопий; правильно организовать работу эндоскопической службы по извлечению инородных тел из трахеи и бронхов, при необходимости определять противопоказания к эндоскопическому удалению, предотвратить осложнения, правильно выбрать способ БС и анестезию, инструменты, определить в дальнейшем ведение больных; организовать службу для удаления внутрипросветных образований трахеи и бронхов, соблюдать этапы эндоскопического удаления, определить способы их удаления и анестезии, предотвратить осложнения; уметь выбрать стенты для эндопротезирования бронхиального дерева и ЖКТ в зависимости от причины стеноза, определить показания к стентированию, наблюдать за больными после стентирования; провести осмотр органов брюшной полости, оценить патологию какого-либо органа брюшной полости, принять решение о способе лечения, провести соответственно операцию /дренирование желчного пузыря, брюшной полости, сальниковой сумки, ушивание перфорации полого органа и др.), выявлять осложнений и провести его лечение.</p>	<p>Вопросы № 1-235</p> <p>практические задания № 1-56</p>

		Владеть Алгоритмом первичного обследования при профильных заболеваниях	практические задания № 1-56
9.	ПК-6	Знать Алгоритм обследования пациента с профильной патологией; основные и дополнительные методы обследования; классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы комплексного лечения; причины ошибок и осложнений при хирургическом лечении различных нозологических форм заболеваний, методы их выявления, устранения и предупреждения; показания и противопоказания к эндоскопическому лечению у профильных больных	Вопросы № 1-235
		Уметь Интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; выбирать оптимальный вариант лечения, назначать медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждать их нежелательные побочные действия; установить показания и определить адекватную методику эндоскопического лечения	практические задания № 1-56
		Владеть Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с профильной патологией, нуждающихся в оказании эндоскопической помощи - методами профилактики и лечения ошибок и осложнений, возникающих при проведении эндоскопического лечения	практические задания № 1-56
10.	ПК-7	Знать - принципы организации санитарной охраны территории от заноса карантинных и других особо опасных инфекционных болезней; -принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций; -вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения; -вопросы организации противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях	Вопросы № 1-235
		Уметь - организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней; -планировать работу по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями в условиях ЧС; -организовать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпид. неблагополучии; -проводить статистический анализ; -организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций,	практические задания № 1-56
		Владеть - навыками работы с нормативно-правовыми документами; -навыками планирования и организации мероприятий при ЧС; -навыками в организации и проведении комплекса дезинфекционных и медицинских мероприятий в очагах инфекционных болезней и ЧС;	практические задания № 1-56
11.	ПК-8	Знать - показания к назначению реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения пациентам с хирургической патологией; принципы и основы проведения медицинской реабилитации и деятельности реабилитационных структур, критериев оценки качества реабилитационного процесса; медицинские, психологические и социальные аспекты реабилитации эндоскопических пациентов.	Вопросы № 1-235
		Уметь - проводить отбор пациентов нуждающихся в медицинской реабилитации; руководствоваться нормативно-правовыми актами, определяющими правила и порядок проведения медицинской реабилитации; проводить анализ и оценивать качество и эффективность реабилитационного процесса.	практические задания № 1-56
		Владеть - алгоритмом использования лекарственных средств и немедикаментозных методов на разных этапах лечения и реабилитации в сфере компетенции врача-эндоскописта; навыками заполнения учетно-отчетной документации при направлении пациента на санаторно-курортное лечение и реабилитацию; навыками заполнения документации при направлении пациентов на медико-социальную экспертизу.	практические задания № 1-56
12.	ПК-9	Знать Вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения; принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; основы психо-педагогической деятельности врача-эндоскописта и принципы консультирования.	Вопросы № 1-235
		Уметь Применять принципы психолого-педагогической деятельности в профессиональном консультировании; работать с семьей пациента, страдающего хирургическими заболеваниями; реализовывать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами и пациентами; проводить санитарно-просветительную работу среди населения с целью снижения риска инвалидизации хирургических пациентов, страдающих хроническими заболеваниями и их социальной адаптации.	практические задания № 1-56
		Владеть Навыками индивидуального и группового консультирования.	практические задания № 1-56
13.	ПК-10	Знать - Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; -методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; -вопросы организации медицинской помощи населению; -статистику состояния здоровья населения; -критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; -организацию экспертизы качества медицинской помощи; -вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; -основы менеджмента; -основы страховой медицины.	Вопросы № 1-235
		Уметь - применять методики изучения состояния здоровья населения; -анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения; -использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции.	практические задания № 1-56
		Владеть - навыками составления плана и программы медико-статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ; -методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья; -методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды; -методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений; -методами оценки качества оказания медицинской помощи в ЛПУ; -навыками проведения экспертизы трудоспособности	практические задания № 1-56
14.	ПК-11	Знать - вопросы организации медицинской помощи населению; -организацию экспертизы	Вопросы № 1-235

		качества медицинской помощи; -вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; - основы менеджмента; -основы страховой медицины.	
		Уметь - анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения;	практические задания № 1-56
		Владеть -навыками составления плана и программы медико-статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ; -методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья; -методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений; -методами оценки качества оказания медицинской помощи в ЛПУ	практические задания № 1-56
15.	ПК-12	Знать - принципы организации санитарной охраны территории от заноса карантинных и других особо опасных инфекционных болезней; -принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций; -вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения; -вопросы организации противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях	практические задания № 1-56
		Уметь - организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней; -планировать работу по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями в условиях ЧС; -организовать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпид. неблагополучии; -проводить статистический анализ; - организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций,	практические задания № 1-56
		Владеть - навыками работы с нормативно-правовыми документами; -навыками планирования и организации мероприятий при ЧС; -навыками в организации и проведении комплекса дезинфекционных и медицинских мероприятий в очагах инфекционных болезней и ЧС;	практические задания № 1-56