

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

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО  
Н.И. Свиридова

«27» июня 2024 г.

**ПРИНЯТО**

на заседании ученого совета Института  
НМФО №18 от 27.06.2024 г.

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.28**

**Гастроэнтерология**

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

Кафедра: **Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – **очная**

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная версия)

Волгоград, 2024

**Разработчики:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода Сергей Владимирович	Зав. кафедрой внутренних болезней ИНМФО	д.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
2.	Санина Татьяна Николаевна	Доцент кафедры внутренних болезней ИНМФО	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
3.	Лутова Виктория Олеговна	Доцент кафедры внутренних болезней ИНМФО	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология рассмотрен на заседании кафедры протокол №4 от 20.05.2024 г.**

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

  
С.В.Недогода

**Рецензент:** профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н. Туркина С.В.

**Рабочая программа согласована** с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол №12 от 27.06.2024 г.

Председатель УМК

  
М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики

  
М.И. Науменко

**Рабочая программа утверждена** на заседании Ученого совета Института НМФО протокол №18 от 27.06.2024 г.

Секретарь Ученого совета

  
М.В. Кабытова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p align="center"><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1.Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.</p> <p>2.Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.</p> <p>3.Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</p> <p>4.Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.</p> <p>5.Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.</p> <p>6.Гигиеническое воспитание и образование населения.</p> <p>7.Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.</p> <p>8.Система обязательного социального страхования в России.</p> <p>9.Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</p> <p>10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.</p> <p>11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</p> <p>13. Качество медицинской помощи, основные понятия.</p> <p>14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.</p> <p>15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.</p>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p align="center"><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <p>1.Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.</p> <p>2.Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.</p> <p>3.Особенности изучения общей заболеваемости</p> <p>4.Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.</p> <p>5.Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.</p> <p>6.Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.</p> <p>7.Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.</p> <p>8.Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</p> <p>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</p> <p>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</p>
--	---

	<p>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</p> <p>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</p> <p>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</p> <p>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ...</p> <p><b>а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</b></p> <p>б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;</p> <p>в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:</p> <p><b>а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;</b></p> <p>б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>3. Болезненность - это:</p> <p>а) заболеваемость по данным обращаемости;</p> <p>б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;</p> <p><b>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</b></p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:</p> <p><b>а) 50–55 %;</b></p> <p>б) 20–25 %;</p> <p>в) 15–20 %;</p> <p>г) 10–15 %</p> <p>5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:</p> <p>а) исторический;</p> <p>б) статистический;</p> <p>в) экспериментальный;</p>
---	--

г) экономический;

д) социологический;

**е) все вышеперечисленные**

6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:

а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;

**б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;**

в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:

**а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;**

б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;

в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;

г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;

д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...

**а) государственное социальное страхование;**

б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;

в) менеджмент здравоохранения;

г) экономика здравоохранения

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС) – это ...

а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;

**б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;**

в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации

10. Временная нетрудоспособность – это ...

а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;

б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;

	<p>в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме</p> <p>11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:</p> <p>а) до 10 дней;  <b>б) до 15 дней;</b>  в) до 4 месяцев;  г) до 6 месяцев</p> <p>12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...</p> <p>а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;  <b>б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;</b>  в) не выдается</p> <p>13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:</p> <p>а) своевременность оказания медицинской помощи;  б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;  в) степень достижения запланированного результата;  <b>г) совокупность вышеуказанных характеристик</b></p> <p>14. Виды контроля качества медицинской помощи:</p> <p>а) государственный контроль;  б) ведомственный контроль;  г) внутренний контроль;  <b>д) все вышеперечисленное верно</b></p> <p>15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...</p> <p>а) листок нетрудоспособности;  б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;  в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;  г) врачебное свидетельство о смерти</p>
--	---

#### **Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p><b>Задача № 1.</b>  Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине.  Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья?  В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов.  Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p><b>Задача № 2.</b>  В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-</p>
---	--

	<p>педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752.</p> <p>Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p><b>Задача № 3.</b> При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы».</p> <p>О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае?</p> <p>Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ.</p> <p>Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p><b>Задача № 4.</b> Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового.</p> <p>О каком виде нетрудоспособности идет речь?</p> <p>Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность?</p> <p>Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении?</p> <p>На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p><b>Задача №5.</b> По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям.</p> <p>Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1.Тест

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

#### 2.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1.Полнота знания учебного материала по теме занятия 2.Знание алгоритма решения 3.Уровень самостоятельного мышления

<b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 3. Контрольная работа

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

### 4. Собеседование

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

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	1-15	1-15	1-5	1-15	-
ПК	1-15	1-15	1-5	1-15	-



		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
	<b>0</b>	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	<b>1</b>	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	<b>2</b>	1-15	1-15	1-5	1-15	-

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»**  
**Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.**

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
Первый уровень (УК-1) -1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 <b>Уметь:</b> применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления З (УК-2) -1					
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы Анализа и синтеза З (УК-5) - II					
Третий уровень (УК-1) - III	<b>Владеть:</b> навыками использования современных методик анализа и синтеза					

<p>готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</p>	<p><b>Уметь:</b> анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья <b>Знать:</b> анализировать характер заболевания, назначать лечение;</p>					
<p>Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p><b>Владеть:</b> методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) -1 <b>Уметь:</b> толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) -1</p>					
<p>Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II</p>					
<p>Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III <b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III <b>Знать:</b> отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III</p>					
<p>Первый уровень (УК-3) -1 Готовность к участию в педагогической деятельности по основным</p>	<p><b>Владеть:</b> методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) -1 <b>Уметь:</b> работать с теоретическим</p>					

<p>образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p>содержанием учебной дисциплины У(УК-3) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) -1</p>					
<p>Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - II <b>Уметь:</b> осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - II <b>Знать:</b> основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3 (УК-3) - II</p>					
<p>Третий уровень (УК-3) - III Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе В (УК-3) - III <b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-3) - III <b>Знать:</b> психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления 3(УК-3) - III</p>					
<p>Первый уровень (ПК-9)-1 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p><b>Владеть:</b> санологическим мышлением <b>Уметь:</b> осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровье сбережения <b>Знать:</b> современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации</p>					
<p>Второй уровень (ПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>					

здоровья и здоровья окружающих	<p><b>Уметь:</b> мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья</p> <p><b>Знать:</b> техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>					
Третий уровень (ПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p><b>Владеть:</b> навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p><b>Уметь:</b> приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья</p> <p><b>Знать:</b> особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей</p>					

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству  
конспект**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень</p> <p>- пяти критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень</p> <p>- шести или семи критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень</p>	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8 от п
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и
	7. Оформление в соответствии с требованиями

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству  
реферат**

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

<b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	
--	--

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**  
**эссе**

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

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**  
**Ситуационная задача**

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

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**  
**Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)**

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

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**  
**Доклад**

Шкала оценивания	Критерий оценивания

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

#### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

##### Тест

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

#### Собеседование

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

#### 4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
		текущий контроль				
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное/групповое)	Проект	Зачёт

<b>УК-1</b>	+	+	-	+	+	+
<b>УК-2</b>	+	+	-	+	+	+
<b>УК-3</b>		+	-	+	+	+
<b>ПК-9</b>	+	+	-	+	+	+

### 12.1. Представление оценочных средств в фонде

#### Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

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

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

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

#### Тестовые задания

##### Выберите один или несколько правильных ответов

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

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

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

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

03. . К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

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

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

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

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

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

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

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

07. АНДРАГОГИКА

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

08. МЕТОДОЛОГИЯ

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

**Установите правильную последовательность**

09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

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

**Установите соответствие**

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1. описательном    | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов  |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |



3. прогностическом                      В. изучение передового и новаторского педагогического опыта

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

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

**Выберите один или несколько правильных ответов**

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

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

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

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

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

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

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

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

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

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

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

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения

4) средства обучения

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

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

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

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

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

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

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

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

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

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

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

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

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.
- 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
- 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

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

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

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

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

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

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

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

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

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

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

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

1) методикой воспитания

2) воспитательной технологией

3) воспитательной системой

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

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

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

1) наказание

2) создание воспитывающих ситуаций

3) педагогическое требование

4) соревнование

5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

1) индивидуальные особенности педагога

2) обеспечение целостности всех видов деятельности

3) учет этнических характеристик среды

- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

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

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

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

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

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

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

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

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

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

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

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

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

- 1) Перцептивный подход

- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

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

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

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

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

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

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

**Дополните высказывание**

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

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

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

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

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

**Тестовые задания самоконтроля по модулю II.**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

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

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

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

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

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

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

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

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

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

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

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

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

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

- 1) собеседование
- 2) консультацией

- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

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

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

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

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

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

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

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

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

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

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

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

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

- 1) либеральный
- 2) авторитарный

- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

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

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

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

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

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

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

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

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

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

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

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

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

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

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

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



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

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

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

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

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

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

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

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

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

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

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

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

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

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

**Установите соответствие**

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- |                             |                                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1. умения управлять собой   | А. владение своим телом              |
|                             | Б. владение эмоциональным состоянием |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские                   |

- Г. владение техникой контактного взаимодействия
- Д. дидактические
- Е. владение техникой речи

### 33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

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

### 34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1. присущие многим сферам человеческой деятельности | А. информационная            |
| 2. специфические педагогические                     | Б. конструктивная            |
|   | В. организаторская           |
|   | Г. коммуникативная           |
|   | Д. гностическая              |
|   | Е. воспитательно-развивающая |
|   | Ж. ориентационная            |
|   | З. мобилизационная           |
|   | И. исследовательская         |

### Дополните высказывание

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

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

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ - \_\_\_\_\_

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

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

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

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

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - \_\_\_\_\_

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

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

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

**Выберите один или несколько правильных ответов**

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

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

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

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

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

**ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:**

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

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9

3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ПК-9
5	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ПК-9
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ПК-9
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ПК-9
12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ....).	УК-2, УК-3, ПК-9
16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ПК-9
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ПК-9

### **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»**

#### **Перечень вопросов для устного собеседования**

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.

7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации.
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

#### Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
  - а. функциональная подсистема РСЧС;
  - б. территориальная подсистема РСЧС;
  - в. структурное подразделение МЧС;
  - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.
2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
  - а. для оказания первой помощи;
  - б. для оказания первой врачебной помощи;
  - в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;
  - г. для оказания специализированной медицинской помощи.

3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
- а. **хирургическое отделение;**
  - б. травматологическое отделение;
  - в. неврологическое отделение;
  - г. нейрохирургическое отделение.
4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
- а. бригады доврачебной помощи;
  - б. врачебно-сестринские бригады;
  - в. **бригады специализированной медицинской помощи;**
  - г. бригады экстренного реагирования.
5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
- а. бригады доврачебной помощи;
  - б. врачебно-сестринские бригады;
  - в. бригады специализированной медицинской помощи;
  - г. **бригады экстренного реагирования.**
6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:
- а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
  - б. **врачебно-сестринские бригады;**
  - в. бригады специализированной медицинской помощи.
7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:
- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
  - б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
  - в. **бригады специализированной медицинской помощи;**
  - г. областная клиническая больница
8. Основным принципом организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:
- а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
  - б. **максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
  - в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.
9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:
- а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
  - б. **медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
  - в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных
10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:
- а. **двухэтапная система ЛЭО;**
  - б. трехэтапная система ЛЭО;
  - в. четырехэтапная система ЛЭО;
  - г. одноэтапная система ЛЭО.
11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:
- а. **при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
  - б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
  - в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
  - г. все вышеперечисленное верно.
12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопротекция столбняка;**
- в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия;**
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;
- в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

- а. повреждение легких;
- б. пневмоторакс;
- в. гемоторакс;
- г. повреждение сердца.**

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:

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

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

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

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

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

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

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

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

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

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:
- а. адреномиметическое;
  - б. адренолитическое;
  - в. холиномиметическое;**
  - г. холинолитическое.
21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
  - б. снижение синтеза ацетилхолина;
  - в. инактивация холинэстеразы;
  - г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
  - б. снижение синтеза ацетилхолина;
  - в. реактивация холинэстеразы;
  - г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**
23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
  - б. снижение синтеза ацетилхолина;
  - в. реактивация холинэстеразы;
  - г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
24. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
  - б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
  - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - г. иммуностимулирующее.
25. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - б. иммунодепрессивное;**
  - в. тормозят перекисное окисление липидов;
  - г. уменьшают проницаемость мембран.
26. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
  - б. активируют перекисное окисление липидов;**
  - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - г. иммуностимулирующее.
27. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - б. иммуностимулирующее;
  - в. тормозят перекисное окисление липидов;
  - г. повышают проницаемость мембран.**
28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:
- а. через кожу и слизистые оболочки;
  - б. ингаляционно;
  - в. через желудочно-кишечный тракт;
  - г. при любом пути поступления.**
29. Реактиватором холинэстеразы является:
- а. атропин;
  - б. метацин;



- в. унитиол;
- г. дипиросим.

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

- 1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
- 3. тяжелой;
- 4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы ( $\beta^-$ ,  $\beta^+$ ) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;
- б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;
- в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**
- г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2

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

- а. 1 рад;
- б. 25 рад;
- в. 100 рад;**
- г. 50 рад.

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

- а.  $> 10$  МэВ/мкм;
- б.  $< 10$  кэВ/мкм;
- в.  $< 10$  МэВ/мкм;
- г.  $> 10$  кэВ/мкм.**

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

- а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**
- б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;
- в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;
- г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

- а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;
- б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**
- в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;
- г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий абортивный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

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

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

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

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

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

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

#### **Банк ситуационных клинических задач**

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

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

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

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

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

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

**Задача № 4.** Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-

под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3x2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

**КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа.

Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

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

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

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

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

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

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 5.Тест

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

#### 6.Ситуационная задача

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

#### 7.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных

<b>-пяти или шести критериям Отлично (5)</b>	компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	--

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	12	1-11,16,17	1-10	1-11

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»**

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

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

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

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

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

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

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- **Эритроцитоз**
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Да
- Нет

**ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:**

- Гемоглобинопатия S

- Гемоглинопатия Е
- **Гемоглинопатия М**
- Гемоглинопатия С
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

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

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

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

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

**ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?**

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

**ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен**

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

- для аутоиммунной гемолитической анемии

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

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

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

- **Макроцитоз**
- Микроцитоз
- **Анизоцитоз**
- **Мегалоцитоз**
- **Пойкилоцитоз**
- **Базофильная пунктация эритроцитов**
- **Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.**
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз
- **Тромбоцитопения**
- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

**ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:**

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

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

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



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

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

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

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- **Анемия**
- Эритроцитоз
- **Ретикулоцитоз**
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

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

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

**ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглинопатиях, обусловленных носительством гемоглибинов со сниженным сродством к кислороду:**

- **Po<sub>2</sub> снижено**
- Po<sub>2</sub> повышено
- **Po<sub>2</sub> в норме**
- SO<sub>2</sub> увеличено
- **SO<sub>2</sub> снижено**
- SO<sub>2</sub> в норме
- **Содержание дезоксигемоглибина повышено**
- **Содержание гемоглибина снижено**
- **Содержание гемоглибина в норме**

**ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия желездефицитной анемии:**

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

- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- **Снижение выделения железа с мочой**
- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

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

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

### Банк ситуационных задач

#### Задача №1 «Патология Гемостаза»

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

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

1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передается это заболевание?

2. Патогенез данного заболевания.

3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.

4. Виды тромбоцитопатий.

5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

#### Задача №2 «Патология Гемостаза»

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

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

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакарициты не найдены.

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

### **Задача №3** **«Патология Гемостаза»**

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

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

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

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

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

### **Задача №4**

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

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

### **Клинический случай (III)**

*Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до  $40^{\circ}C$  в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.*

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до  $39^{\circ}C$ , появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен

диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах 39–40 °С, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка (38–38,5 °С), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

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

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

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

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

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

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

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

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

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

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

Таблица 2. Биохимические исследования крови

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

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

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

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.
  2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.  
Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).  
Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).  
Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).
  3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.
  4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12. г. — стерилен.
  5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.
  6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.
  7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).  
ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.
  8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.
  9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты —  $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.
  10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.
  11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.
  12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.
  13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.
  14. Инструментальные обследования:  
— R-грамма ОГК — без особенностей;  
— эхокардиограмма — без патологии;  
— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипоехогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипоехогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;  
— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.  
Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.
- Ребенок консультирован:
- лор-врачом: патология не выявлена;
  - фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.
  - кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;
  - хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;
  - иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;
  - гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

#### Задание:

#### 1. Поставить предварительный диагноз.

2. Назначить дополнительное обследование.  
 3. Определить (предположить) этиологию заболевания.  
 4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.  
 Оценка качества решения ситуационных задач

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

### 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока .
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

Шкала и критерии оценивания рефератов

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

-пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	
---------------------------------------	--

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»**

### **Ситуационные задачи**

#### **Ситуационная задача № 1.**

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

Заключительный клинический диагноз:

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

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

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

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщу стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

#### **Вопросы**

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

### **Ситуационная задача № 2.**

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

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

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

#### **Вопросы**

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

### **Ситуационная задача № 3.**

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

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

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

#### **Вопросы**

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

### **Ситуационная задача №4.**

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



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

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

#### **Вопросы**

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

#### **Ситуационная задача № 5**

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

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

#### **Вопросы**

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

#### **Ситуационная задача № 6**

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

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

#### **Вопросы**

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

#### **Оценка качества решения ситуационных задач**

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

### **Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».**

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

### **Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

#### **Собеседование**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	1. Краткость

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1.Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения.</p> <p>2.Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение.</p> <p>3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс.</p> <p>4.Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями).</p> <p>5.Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение.</p> <p>6.Оригинальные и генерические лекарственные препараты.</p> <p>7.Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС.</p> <p>8.Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию.</p> <p>9.Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС.</p> <p>10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных.</p> <p>11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.</p> <p>12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения.</p> <p>13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии.</p> <p>14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.</p> <p>15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).</p> <p>16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.</p>
---	--

	<p>17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</p> <p>19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</p> <p>20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.</p> <p>21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.</p> <p>22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.</p> <p>23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.</p> <p>24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.</p> <p>25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.</p> <p>26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.</p> <p>27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.</p> <p>28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.</p> <p>29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.</p> <p>30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.</p> <p>31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.</p> <p>32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.</p> <p>33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.</p> <p>34. Последствия нерационального применения АМП</p> <p>35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.</p> <p>36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.</p> <p>38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.</p> <p>39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.</p> <p>40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.</p>

	<p>41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.</p> <p>42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.</p> <p>43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.</p> <p>44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.</p> <p>45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.</p> <p>46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.</p> <p>47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.</p> <p>48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.</p> <p>49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.</p> <p>50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.</p> <p>51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.</p> <p>53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	---

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<p>1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии.</p> <p>2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии.</p> <p>3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа.</p>
---	---

	<p>4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.</p> <p>5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.</p> <p>6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ.</p> <p>7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.</p> <p>8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.</p> <p>9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.</p> <p>10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.</p> <p>11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.</p> <p>12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.</p> <p>13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.</p> <p>14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).</p> <p>15. Дайте определение понятия фармакодинамика.</p> <p>16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.</p> <p>17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.</p> <p>18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.</p> <p>19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.</p> <p>20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.</p> <p>21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</p> <p>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</p> <p>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</p> <p>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</p> <p>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</p> <p>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p>

	<p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами <math>\beta</math>-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</p> <p>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.</p> <p>45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.</p> <p>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</p> <p>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</p> <p>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.</p>
--	--

	<p>53. Специфические антитоксические препараты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</p> <p>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p align="center"><b><i>Б 1.Б.6.1</i></b> «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u>  <b>А) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</b>          В) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.          С) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.          D) Клинические испытания лекарственных средств.</p> <p>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u>  <b>А) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</b>  <b>В) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</b>          С) Выбор наиболее эффективного вида терапии.          D) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</p> <p>3. <u>Лекарственная форма это:</u>  <b>А) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</b>          В) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.          С) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.</p> <p>4. <u>К методам фармакоэкономического анализа не относятся:</u>          А) Метод затраты-эффективность.  <b>В) Метод затраты-прибыль.</b>          С) Метод затраты-полезность.          D) Метод затраты-выгода</p> <p>5. <u>Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :</u></p>
--	---



- A) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.
- B) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
- C) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.
- D) Не требует изучения генотипа больного.

6. В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:

- A) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**
- B) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**
- C) Хромосомные aberrации.
- D) Хромосомные транслокации.

7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:

- A) **CYP2D6.**
- B) CYP3A4
- C) **CYP2C9**
- D) **CYP2C19**

8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :

- A) Иммуноферментного анализа.
- B) Иммунофлюоресцентного анализа.
- C) **ПЦР.**
- D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.

9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9\*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:

- A) Высокая
- B) Нормальная
- C) **Низкая**

10. Биодоступность ЛС это:

- A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.
- B) **Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**
- C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- A) **угнетается;**
- B) усиливается;

С) не изменяется.

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

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

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

- А) пенициллины;
- В) тетрациклины;
- С) фторхинолоны;
- Д) макролиды;
- д) правильно В и С.**

22. Агонисты рецепторов это:

- А) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- В) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- С) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- Д) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

- А) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- В) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
- С) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**
- Д) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.

24. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:

- А) типа А;
- В) типа В;
- С) типа С;**
- Д) типа D;
- Е) типа E

25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

- А) пожилой возраст;
- В) тяжелое состояние больного;
- С) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;
- Д) генетическая предрасположенность;
- Е) все вышеперечисленное**

26. К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:

- А) приводящие к смерти;

	<p>В) требующие госпитализации или ее продления;  С) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности);  D) приводящие стойкому снижению трудоспособности;  <b>Е) все вышеперечисленное верно.</b></p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u>  A) типа А;  <b>В) типа В;</b>  С) типа С;  D) типа D;  E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u>  A) комплаенсом;  <b>В) фармаконадзором;</b>  С) фармакоэпидемиологией;  D) фармакоинспекцией.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b>  Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u>  a) диклофенак;  b) индометацин;  c) целекоксиб;  <b>d) ибупрофен;</b></p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u>  a) аспирин;  b) лорноксикам;  <b>c) целекоксиб;</b>  d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u>  A) преднизолон  <b>В) метилпреднизолон</b>  С) дексаметазон  A) Гидрокортизон</p> <p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u>  <b>A) аспирин;</b>  B) нимесулид;  C) целекоксиб;  D) лорноксикам;</p> <p>33. <u>Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:</u>  a) через 2 суток;  b) через 5-7 суток;  c) через 7-10 суток;  <b>d) через 10-14 суток;</b></p> <p>34. <u>Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:</u>  A) преднизон  <b>В) бетаметазон</b></p>

- C) беклометазона дипропионат
- D) метилпреднизолон

35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

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

36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:

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

37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:

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

38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:

- A) **2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**
- B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером
- C) однократно утром
- D) 3 раза в день в равных дозах

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

- A) Преднизолон.
- B) Метилпреднизолон.
- C) Дексаметазон.
- D) **Гидрокортизон.**

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

- A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.
- B) Истончение кожи, образование стрий.
- C) Остеопороз, асептические некрозы костей.
- D) Учащение и утяжеление инфекций.
- E) **Артериальная гипотензия.**
- F) Задержка роста у детей.

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

- A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)
- B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
- C) Характеристики пациента
- D) **Все вышеуказанное**

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

- A) 24 часа
- B) **3 дня**
- C) 7 дней

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

- A) **5-10% случаев**
- B) 20-30% случаев
- C) в > 50% случаев

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

- A) обладают иммуностимулирующим действием
- B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
- C) **способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечение антибиотиками

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

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

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

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

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

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

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

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

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

50. Определить рекомбинантный интерферон:

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

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

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

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

**C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**

- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

**A) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**

- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.

**C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**

- D) Растворяют фибриновый тромб.

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

- A) IIa, Xa.**
- B) IIa, IXa.
- C) Xa, IXa.
- D) XIa, XIIa.

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

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) Протамина сульфат.**
- D) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

**A) Международное нормализационное отношение (МНО).**

B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).

- C) Время свёртывания крови.

- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) Растворяют фибриновый тромб.**

- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.

**C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**

D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

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

- A) ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

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

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

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

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

- A) рекомбинантные  $\alpha$ /  $\gamma$  интерфероны
- B) кагоцел
- C) **ингавирин**
- D) циклоферон

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

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

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

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

64. При беременности противопоказан:

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

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

- A) **Азитромицин**
- B) левомицетин
- C) имипенем
- D) амоксициллин-клавуонат

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

- A) гипнотический
- B) **анксиолитический**
- C) вегетотропный
- D) противосудорожный
- E) миорелаксирующий



67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- |                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. потливость              | A. верно 1, 2, 3        |
| 2. сердцебиение            | B. верно 1, 4, 5        |
| 3. сухость во рту          | C. <b>верно 3, 4, 5</b> |
| 4. нарушение аккомодации   | D. верно 1, 2, 5        |
| 5. задержка мочеиспускания | E. верно 2, 3, 4        |

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

- A) аминафиллин
- D) верапамил
- C) омепразол
- D) **диазепам**
- E) все ответы правильные

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

- A) **местное**
- B) общее (наркоз)
- C) комбинированное
- D) нейролептоанальгезия

70. Общим обезболиванием является:

- A) вагосимпатическая блокада
- B) спинальная анестезия
- C) стволовая анестезия
- D) **внутривенный наркоз**

71. При общем обезболивании происходит:

- A) **обратимое торможение нервной ЦНС**
- B) необратимое торможение ЦНС
- C) блокада основного нервного ствола
- D) возбуждение ЦНС

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

- A) обморок
- B) **контрактура нижней челюсти**
- C) анафилактический шок
- D) коллапс

73. Общим осложнением при обезболивании является:

- A) контрактура
- B) **коллапс**
- C) некроз
- D) гематома

74. Непосредственным осложнением местной анестезии является:

- A) **обморок**
- B) гематома
- C) контрактура
- D) кровотечение
- E) пародонтит

75. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:

- A) **внутривенно 1 мл мезатона**

	В) внутримышечно 1 мл норадреналин С) внутримышечно метамезон D) <b>внутривенно 1 мл атропина</b>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 8.Тест

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

#### 9.Контрольная работа

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

#### 10. Собеседование

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

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК-1		1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
ПК	2	1,25,26	1,2,18	4,11
	7	1 - 75	1-60	1-57
	9	1- 28	1-29, 50-52	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Заболевания пищевода»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ахалазия кардии. Этиология. Морфология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагноз, осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Классификация. Течение и осложнения. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Диспансерное наблюдение</li> <li>3. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>4. Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>5. Дифференциальный диагноз при дисфагии. Программа обследования больных с дисфагией. Диспансерное наблюдение</li> <li>6. Дифференциальный диагноз при пищевой и желудочной диспепсии в поликлинических условиях. Причины, механизм развития, виды желудочной диспепсии. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение</li> </ol>
<b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Функциональная желудочная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. Диспансерное наблюдение</li> <li>8. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения.</li> </ol>

	<p>Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>9. Синдром Золингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>10. Хронический гастрит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика и лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>11. Особые формы гастритов. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>12. Болезни оперированного желудка. Постгастрорезекционные расстройства. Демпинг-синдром. Синдром приводящей петли. Гипогликемический синдром. Постгастрорезекционная дистрофия. Пептическая язва анастомоза. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>13. Принципы диагностики и лечения осложнений язвенной болезни (кровотечения, пенетрация, перфорация). Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания печени»</p>	<p>14. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии, гепатоспленомегалии.</p> <p>15. Хронические вирусные гепатиты (В, С, D). Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>16. Лекарственные поражения печени. Этиология. Патогенез. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>17. Алкогольная болезнь печени. Клинико-морфологические варианты алкогольной болезни печени. Принципы диагностики, лечения, профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>18. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>19. Аутоиммунный гепатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>20. Первичный билиарный цирроз. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>21. Первичный склерозирующий холангит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>22. Первичный гемохроматоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>23. Гепатолентикулярная дегенерация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>24. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Синдром Крювелье-Баумгартена. Этиология. Патогенез. Критерии диагностики. Принципы терапии. Диспансерное наблюдение</p> <p>25. Дифференциальная диагностика желтух.</p> <p>26. Доброкачественные гипербилирубинемии. Классификация. Критерии диагностики. Подходы к терапии. Диспансерное наблюдение</p> <p>27. Фиброз и цирроз печени. Классификация. Морфологическая характеристика. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Принципы терапии. Диспансерное наблюдение</p>

	<p>28. Портальная гипертензия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Принципы диагностики, лечения. Осложнения портальной гипертензии. Критерии диагностики. Алгоритмы лечения. Диспансерное наблюдение</p> <p>29. Печеночная недостаточность. Печеночная кома. Прогноз. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные принципы и методы неотложной терапии осложнений. Консервативное лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>30. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии в поликлинических условиях. Причины, механизм развития. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»</p>	<p>31. Основные клинические синдромы, выявляемые при поражении поджелудочной железы.</p> <p>32. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Диспансерное наблюдение</p> <p>33. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>34. Аутоиммунный панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы диагностики и лечения. Диспансерное наблюдение</p> <p>35. Дифференциальный диагноз при панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»</p>	<p>36. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Профилактика. Диспансерное наблюдение</p> <p>37. Желчнокаменная болезнь. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. Диспансерное наблюдение</p> <p>38. Хронический холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Принципы лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>39. Холангит. Нисходящий, первичный, рецидивирующий, склерозирующий, вторичный, стенозирующий, гнойный. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. Диспансерное наблюдение</p> <p>40. Дифференциальный диагноз при билиарной диспепсии в поликлинических условиях. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b> Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»</p>	<p>41. Дифференциальная диагностика синдрома мальабсорбции.</p> <p>42. Глютеновая энтеропатия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>43. Дифференциальный диагноз при диарее. Энтеральный и колитический синдром. Алгоритм диагностики при диарее.</p> <p>44. Дифференциальный диагноз при запоре. Классификация запоров. Патогенетические факторы развития. Профилактика. Особенности применения различных групп препаратов. Диетолечение. Очистительные клизмы.</p> <p>45. Дифференциальный диагноз при метеоризме. Дифференциальный диагноз и лечение.</p>

	<p>46. Синдром избыточного бактериального роста и дисбактериоз. Этиопатогенез. Классификации. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>47. Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>48. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>49. Неспецифический язвенный колит. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>50. Дивертикулярная болезнь кишечника. Течение. Осложнения. Диагностика. Консервативная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>51. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Принципы диагностики, терапии и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>52. Синдром раздраженного кишечника. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>53. Мезентериальный атеросклероз и сосудистая недостаточность. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. Диспансерное наблюдение</p> <p>54. Долихосигма и болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>55. Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии в поликлинических условиях. Причины, механизм развития, виды желудочной диспепсии. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»</p>	<p>56. Энтеральное и парентеральное питание. Показания к применению препаратов энтерального парентерального питания. Методы энтерального питания. Критерии эффективности проводимого энтерального и парентерального питания.</p> <p>57. Современные основы лечебного питания. Физиологические диетические рационы. Особенности лечебного питания при основных заболеваниях органов пищеварения. Критерии выбора диеты при сочетанной патологии органов пищеварения.</p> <p>58. Экстракорпоральные методы лечения. Показания. Противопоказания. Побочные эффекты.</p> <p>59. Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии. Теоретические основы метода. Показания, абсолютные и относительные противопоказания к проведению исследования. Диагностические возможности метода.</p> <p>60. Виды эндоскопических исследований в гастроэнтерологии. Подготовка больных к исследованиям. Эндоскопические симптомы основных заболеваний органов пищеварения. Показания к взятию биопсии и цитологическому исследованию.</p> <p>61. Сочетанные методы исследования. Осложнения. Неотложная помощь при развитии осложнений. Клинико-эндоскопическая оценка полученных данных исследования.</p> <p>62. Рентгенологическая диагностика в гастроэнтерологии. Теоретические основы метода. Диагностические возможности</p>

	<p>метода, е показания, ограничения и противопоказания к проведению. Подготовка больных к отдельным видам исследования.</p> <p>63. Специальные рентгенологические методики и приемы проведения исследования при различных заболеваниях. Рентгенологические симптомы и синдромы основных заболеваний органов пищеварения. Контрастирование и контрастные препараты, применяемые в рентгенодиагностике заболеваний пищеварительной системы. Обзорные снимки.</p> <p>64. Томография. Пневмоперитонеум. Сочетанные методы исследования. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Осложнения. Неотложная терапия осложнений.</p> <p>65. Хирургическое лечение заболеваний органов пищеварения. Современные возможности, методы и результаты хирургического лечения заболеваний органов пищеварения.</p> <p>66. Санаторно-курортного лечения больных с заболеваниями органов пищеварения. Показания. Противопоказания.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»</p>	<p>67. Опухоли пищевода. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>68. Опухоли желудка. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>69. Опухоли поджелудочной железы. Этиология. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>70. Опухоли тонкой кишки. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.</p> <p>71. Опухоли толстой кишки. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак толстой кишки. Клинические варианты течения. Современные возможности диагностики и лечения. Полипы толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.</p> <p>72. Анальный и ректальный полип. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9. «Онкогепатология»</p>	<p>73. Опухоли билиарной системы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>74. Опухоли печени. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангиокарцинома. Ангиосаркома. Метастазы в печень. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>75. Опухоли апудсистемы. Клиника. Современные возможности диагностики. Морфология. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>76. Опухоли большого дуоденального сосочка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p>

<p><b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10. «Ургентная гастроэнтерология»</p>	<p>77. Острый панкреатит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Показания, возможности, методы и результаты оперативного лечения</p> <p>78. Острый живот. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>79. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>80. Печеночная колика. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.</p> <p>81. Печеночная кома. Причины. Клинические признаки. Принципы терапии.</p> <p>82. Острый панкреатит. Этиология. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.</p> <p>83. Острый холецистит. Этиология. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>84. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>85. Острая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>86. Острая диарея. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.11</b> Раздел 11. «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»</p>	<p>88. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>89. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>90. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях мочевыделительной системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>91. Особенности поражений органов пищеварения при патологии соединительной ткани. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>92. Особенности поражений органов пищеварения при эндокринной патологии (сахарном диабете, заболеваниях щитовидной, паращитовидных желез, надпочечников). Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>93. Особенности поражений органов пищеварения при амилоидозе, муковисцидозе и других болезнях накопления. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>94. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях крови. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.12</b> Раздел 12. «Особенности заболеваний органов пищеварения у подростков»</p>	<p>96. Особенности заболеваний пищевода у подростков.</p> <p>97. Особенности заболеваний желудка у подростков.</p> <p>98. Особенности заболеваний двенадцатиперстной кишки у подростков.</p> <p>99. Особенности заболеваний печени у подростков.</p> <p>100. Особенности заболеваний кишечника у подростков.</p>



<p><b>Б 1.Б.6.13</b> Раздел 13. «Гастроэнтерологическая помощь в амбулаторных условиях»</p>	<p>101. Диагностический алгоритм первичного обследования гастроэнтерологических больных в амбулаторных условиях.</p> <p>102. Клинические критерии отбора больных, варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях.</p> <p>103. Экспертиза временной нетрудоспособности. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике.</p> <p>104. Принципы и методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных. Частота наблюдения, алгоритм обследования, принципы профилактического лечения при основных заболеваниях органов пищеварения.</p> <p>105. Показания для госпитализации больных гастроэнтерологического профиля.</p> <p>106. Принципы оказания неотложной помощи при желудочно-кишечных кровотечениях на догоспитальном этапе.</p>
---	---

### **Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Заболевания пищевода»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ахалазия кардии. Этиология. Морфология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагноз, осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение.</li> <li>2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Классификация. Течение и осложнения. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Диспансерное наблюдение</li> <li>3. Пептическая язва пищевода. Эрозия пищевода. Синдром Баррета. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение и осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>4. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>5. Эзофагеальная обструкция (сужение пищевода). Компрессия пищевода. Констрикция пищевода. Стеноз пищевода. Стриктура пищевода. Диспансерное наблюдение</li> <li>6. Дискинезии пищевода. Пищевод шелкунчика. Диффузный эзофагоспазм. Кардиоспазм. Гипомоторные дискинезии. Диспансерное наблюдение</li> <li>7. Дивертикул пищевода. Пищеводный карман. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</li> <li>8. Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Лечение.</li> <li>9. Инфекционные и лекарственные эзофагиты. Этиология. Патогенез. Клинические синдромы. Диагностика. Принципы терапии. Диспансерное наблюдение</li> <li>10. Дифференциальный диагноз при дисфагии. Программа обследования больных с дисфагией.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Методы исследования желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика <i>Helicobacter pylori</i>.</li> <li>12. Функциональная желудочная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. Диспансерное наблюдение</li> <li>13. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эрозия желудка и ДПК. Язва пептическая: пилорического канала, медиогастральная. Эпидемиология.</li> </ol>

	<p>Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>14. Гастроеюнальная язва. Язва (пептическая) или эрозия: анастомоза, гастроинтестинальная, гастроеюнальная, еюнальная язва, краевая язва, язва стомы. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>15. Пенетрирующая язва. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>16. Каллезная язва. Морфология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>17. Перфорация язвы. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>18. Язвенное кровотечение. Методы ранней диагностики. Методы интенсивной терапии и ведения больных с язвенным кровотечением. Хирургическое лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>19. Стеноз привратника. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>20. Гастрит и дуоденит острый и хронический. Хронический поверхностный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и лечение. Хронический атрофический гастрит. Желудочная атрофия. Этиология и патогенез. Особенности клиники, диагностики и лечения. Дуоденит, острый и хронический. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>21. Хронический гипертрофический гастрит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>22. Гранулематозный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>23. Болезнь Менетрие. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>24. Острый геморрагический гастрит. Острый гастрит с кровотечением. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>25. Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>26. Болезни оперированного желудка. Постгастрорезекционные расстройства. Демпинг-синдром. Синдром приводящей петли. Гипогликемический синдром. Постгастрорезекционная дистрофия. Пептическая язва анастомоза. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания печени»</p>	<p>27. Методы диагностики заболеваний печени и гепатобилиарной системы (лабораторные и инструментальные). Основные лабораторные синдромы. Иммунологическая панель печени. Инструментальные методы исследования печени (диагностические возможности метода, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования).</p> <p>28. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии, гепатоспленомегалии.</p> <p>29. Острый вирусный гепатит (А, В, дельта, С, D, E). Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики.</p>

	<p>Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение.</p> <p>30. Хронические вирусные гепатиты (В, С, D). Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>31. Лекарственные поражения печени. Лекарства и поражения печени. Физиологическая роль печени в метаболизме лекарств. Нарушение фармакокинетики лекарств при болезнях печени. Гепатотоксичность лекарств. Токсическая болезнь печени с холестазом. Токсическая болезнь печени с некрозом. Токсическая болезнь печени с острым гепатитом. Другие клинико-морфологические варианты токсической болезни печени. Диспансерное наблюдение</p> <p>32. Алкогольная болезнь печени. Метаболизм этанола в печени. Системные проявления воздействия алкоголя на печень и другие органы. Клинико-морфологические варианты алкогольной болезни печени. Алкогольное жировое перерождение печени. Алкогольный гепатит. Алкогольный фиброз и склероз печени. Алкогольный цирроз печени. Алкогольная печеночная недостаточность: острая, подострая, хроническая, с или без печеночной комы. Диспансерное наблюдение</p> <p>33. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Понятие метаболического синдрома и его взаимосвязь с поражением печени. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>34. Аутоиммунный гепатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>35. Первичный билиарный цирроз. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>36. Первичный склерозирующий холангит. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>37. Гемохроматоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современное лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>38. Гепатолентикулярная дегенерация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>39. Порфирии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>40. Амилоидоз печени. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение</p> <p>41. Болезни сосудов печени. Тромбоз воротной вены. Тромбофлебит воротной вены. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Синдром Крювелье-Баумгартена. Диспансерное наблюдение</p> <p>42. Дифференциальная диагностика желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии. Обмен билирубина. Этиология желтух. Классификация. Критерии диагностики механической, гемолитической, паренхиматозной желтухи. Синдромы Жильбера, Криглера-Найяра, Дабина-Джонсона, Ротора. Механизм развития. Критерии диагностики. Подходы к терапии. Диспансерное наблюдение</p>
--	---

	<p>43. Фиброз и цирроз печени. Классификация. Морфологическая характеристика. Этиология. Клиническая картина. Диспансерное наблюдение</p> <p>44. Портальная гипертензия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Принципы диагностики, лечения. Осложнения портальной гипертензии. Критерии диагностики. Алгоритмы лечения. Течение. Осложнения: пищеводно-желудочное кровотечение. Печеночная недостаточность. Печеночная кома. Прогноз. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные принципы и методы неотложной терапии осложнений. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению больных ЦП. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»</p>	<p>45. Строение и функции поджелудочной железы. Методы лабораторной и инструментальной диагностики поражений поджелудочной железы.</p> <p>46. Основные клинические синдромы, выявляемые при поражении поджелудочной железы.</p> <p>47. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>48. Аутоиммунный панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы диагностики и лечения. Диспансерное наблюдение</p> <p>49. Киста поджелудочной железы, фиброз поджелудочной железы. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»</p>	<p>50. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Профилактика. Диспансерное наблюдение</p> <p>51. Желчнокаменная болезнь. Калькулез желчного пузыря с острым холециститом. Калькулез желчного пузыря без холецистита. Холецистолитиаз. Холелитиаз. Возвратная желчепузырная колика. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Современные концепции холелитиаза. Механизмы образования литогенной желчи. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. Диспансерное наблюдение</p> <p>52. Холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Принципы лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение</p> <p>53. Холангит. Нисходящий, первичный, рецидивирующий, склерозирующий, вторичный, стенозирующий, гнойный. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. Диспансерное наблюдение</p>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b> Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»</p>	<p>54. Методы исследования тонкой и толстой кишки. Лабораторные методы. Копрологические синдромы. Диагностические тесты. Инструментальные методы диагностики.</p> <p>55. Синдром мальабсорбции и мальдигестии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Глютеновая энтеропатия. Болезнь Уиппла. Диспансерное наблюдение.</p> <p>56. Дифференциальный диагноз при диарее. Энтеральный и колитический синдром. Алгоритм диагностики при диарее.</p>

57. Дифференциальный диагноз при запоре. Классификация запоров. Патогенетические факторы развития. Профилактика. Особенности применения различных групп препаратов. Диетолечение. Очистительные клизмы.
58. Дифференциальный диагноз при метеоризме. Дифференциальный диагноз и лечение.
59. Синдром избыточного бактериального роста и дисбактериоз. Этиопатогенез. Классификации. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение
60. Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение
61. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение
62. Неспецифический язвенный колит. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение
63. Радиационный, токсический, аллергический колит. Этиология. Патогенез. Классификация Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение
64. Заболевания прямой кишки и ануса. Проктит. Проктосигмоидит. Геморрой. Трещины анального канала. Клиническая симптоматика. Течение. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение
65. Дивертикулярная болезнь кишечника. Течение. Осложнения. Диагностика. Консервативная терапия. Диспансерное наблюдение
66. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Принципы диагностики, терапии и профилактики. Диспансерное наблюдение
67. Синдром раздраженного кишечника. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение
68. Острые и хронические сосудистые заболевания кишки. Инфаркт кишечника. Мезентериальный тромбоз. Эмболия. Хронический ишемический энтерит. Ишемическая стриктура кишечника. Мезентериальный атеросклероз и сосудистая недостаточность. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. Диспансерное наблюдение
69. Долихосигма. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития. Диспансерное наблюдение
70. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития. Диспансерное наблюдение

<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.7</b> Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>71. Энтеральное и парентеральное питание. Методы энтерального питания.</li> <li>72. Показания к применению препаратов энтерального парентерального питания. Критерии эффективности проводимого энтерального и парентерального питания.</li> <li>73. Современные основы лечебного питания.</li> <li>74. Физиологические диетические рационы.</li> <li>75. Особенности лечебного питания при основных заболеваниях органов пищеварения.</li> <li>76. Критерии выбора диеты при сочетанной патологии органов пищеварения.</li> <li>77. Экстракорпоральные методы лечения. Показания. Противопоказания. Побочные эффекты.</li> <li>78. Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии. Теоретические основы метода.</li> <li>79. Показания, абсолютные и относительные противопоказания к проведению эндоскопии. Диагностические возможности метода.</li> <li>80. Виды эндоскопических исследований в гастроэнтерологии. Подготовка больных к исследованиям.</li> <li>81. Эндоскопические симптомы основных заболеваний органов пищеварения. Показания к взятию биопсии и цитологическому исследованию.</li> <li>82. Сочетанные методы исследования. Осложнения.</li> <li>83. Неотложная помощь при развитии осложнений. Клинико-эндоскопическая оценка полученных данных исследования.</li> <li>84. Рентгенологическая диагностика в гастроэнтерологии. Знакомство с физической сутью метода.</li> <li>85. Диагностические возможности метода, показания, ограничения и противопоказания к проведению.</li> <li>86. Подготовка больных к рентгенологическим видам исследования. Специальные методики и приемы проведения исследования при различных заболеваниях.</li> <li>87. Рентгенологические симптомы и синдромы основных заболеваний органов пищеварения. Вопросы контрастирования и контрастные препараты, применяемые в рентгенодиагностике заболеваний пищеварительной системы.</li> <li>88. Обзорные снимки. Томография. Пневмоперитонеум. Сочетанные методы исследования.</li> <li>89. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Осложнения. Неотложная терапия осложнений.</li> <li>90. Хирургическое лечение заболеваний органов пищеварения. Современные возможности, методы и результаты хирургического лечения заболеваний органов пищеварения.</li> <li>91. Санаторно-курортного лечения больных с заболеваниями органов пищеварения. Показания. Противопоказания.</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>92. Опухоли пищевода. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак пищевода. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.</li> <li>93. Опухоли желудка. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли желудка. Рак. Карциноид. Саркома. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация.</li> <li>94. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака желудка. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.</li> <li>95. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода.</li> <li>96. Опухоли поджелудочной железы. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз.</li> </ol>

	<p>Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>97. Опухоли тонкой кишки. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.</p> <p>98. Опухоли толстой кишки. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак толстой кишки. Клинические варианты течения. Современные возможности диагностики и лечения. Полипы толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.</p> <p>99. Анальный и ректальный полип. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития.</p> <p>100. Синдром Золингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9. «Онкогепатология»</p>	<p>101. Опухоли билиарной системы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>102. Опухоли печени. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангиокарцинома. Ангиосаркома. Метастазы в печень. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>103. Опухоли аподисистемы. Клиника. Современные возможности диагностики. Морфология. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p> <p>104. Опухоли большого дуоденального сосочка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10. «Ургентная гастроэнтерология»</p>	<p>105. Острый живот. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>106. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>107. Печеночная колика. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.</p> <p>108. Печеночная кома. Причины. Клинические признаки. Принципы терапии.</p> <p>109. Острый панкреатит. Острый холецистит. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>110. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>111. Острая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>112. Острая диарея. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.</p> <p>113. Принципы диагностики и лечения осложнении язвенной болезни (кровотечения, пенетрация, перфорация)</p> <p>114. Острый панкреатит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Абсцесс поджелудочной железы. Некроз поджелудочной железы острый, инфекционный. Консервативная терапия. Показания, возможности, методы и результаты оперативного лечения</p>

<p><b>Б 1.Б.6.11</b> Раздел 11. «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»</p>	<p>115. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>116. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях сердечнососудистой системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>117. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях мочевыделительной системы. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>118. Особенности поражений органов пищеварения при патологии соединительной ткани. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>119. Особенности поражений органов пищеварения при эндокринной патологии (сахарном диабете, заболеваниях щитовидной, паращитовидных желез, надпочечников). Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>120. Особенности поражений органов пищеварения при амилоидозе, муковисцидозе и других болезнях накопления. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p> <p>121. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях крови. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.12</b> Раздел 12. «Особенности заболеваний органов пищеварения у подростков»</p>	<p>122. Особенности заболеваний пищевода у подростков.</p> <p>123. Особенности заболеваний желудка у подростков.</p> <p>124. Особенности заболеваний двенадцатиперстной кишки у подростков.</p> <p>125. Особенности заболеваний печени у подростков.</p> <p>126. Особенности заболеваний кишечника у подростков.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.13</b> Раздел 13. «Гастроэнтерологическая помощь в амбулаторных условиях»</p>	<p>127. Особенности ведения гастроэнтерологических больных в поликлинике.</p> <p>128. Диагностический алгоритм первичного обследования гастроэнтерологических больных в амбулаторных условиях.</p> <p>129. Особенности подготовки и проведения основных лабораторно-инструментальных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях.</p> <p>130. Клинические критерии отбора больных, варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях.</p> <p>131. Экспертиза временной нетрудоспособности. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике.</p> <p>132. Принципы и методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных. Частота наблюдения, алгоритм обследования, принципы профилактического лечения при основных заболеваниях органов пищеварения.</p> <p>133. Дифференциальный диагноз при пищеводной и желудочной диспепсии в поликлинических условиях. Причины, механизм развития, виды желудочной диспепсии. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации.</p> <p>134. Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии в поликлинических условиях. Причины, механизмы развития кишечной диспепсии. Алгоритм обследования больных.</p>



	<p>Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации.</p> <p>135. Дифференциальный диагноз при билиарной и панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях. Причины, механизмы развития билиарной и панкреатогенной диспепсии. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации.</p> <p>136. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии в поликлинических условиях. Причины, механизмы развития. Алгоритм обследования больных. Принципы терапии и профилактики. Показания для госпитализации.</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Заболевания пищевода»</p>	<p>1. При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме при ГЭРБ боль купирует:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. нитроглицерин</li><li><b>б. изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)</b></li><li>в. транквилизаторы</li><li>г. холинолитики</li><li>д. спазмолитики</li></ul> <p>2. Для начальной стадии рефлюкс-эзофагита наиболее типичным являются:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. диффузная гиперплазия и отек слизистой пищевода</li><li><b>б. гиперемия и отек слизистой дистального отдела пищевода</b></li><li>в. геморрагические изменения в слизистой</li><li>г. зияние кардии</li><li>д. эрозивно-язвенные дефекты слизистой</li></ul> <p>3. «Золотой стандарт» лечения ГЭРБ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>а. Ингибиторы протонной помпы</b></li><li>б. Н-2- гистаминоблокаторы</li><li>в. М- холинолитики</li><li>г. Антациды</li><li>д. Спазмолитики</li></ul> <p>4. Отрыжка и срыгивание, возникающие при наклоне туловища, наблюдаются при</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. аэрофагии</li><li>б. вегетативной лабильности</li><li>в. недостаточности антропилорической области</li><li>г. недостаточности кардии</li><li><b>д. стриктурах пищевода</b></li></ul> <p>5. Для быстрого купирования изжоги следует использовать:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. ингибиторы протонной помпы</li><li><b>б. антациды и альгинаты</b></li><li>в. спазмолитики</li><li>г. адсорбенты</li><li>д. Н-2-гистаминоблокаторы</li></ul> <p>6. Внепищеводными синдромами ГЭРБ могут являться:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. жгучие загрудинные ангинозоподобные боли</li><li>б. эрозии зубной эмали</li><li>в. ларингит</li><li>г. бронхиальная астма</li><li><b>д. все выше перечисленное</b></li></ul>
---	--

7. Пищевод Баррета – это:

- а. **замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной метаплазии**
- б. замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием
- в. эрозивно-язвенное поражение пищевода
- г. аденокарцинома пищевода
- д. атрофия слизистой оболочки пищевода

8. При лечении пищевода Баррета ИПП (ингибиторы протонной помпы) применяются:

- а. в течение 4 недель
- б. в течение 8 недель
- в. в течении года
- г. **проводится непрерывная поддерживающая терапия ИПП**
- д. назначение ИПП нецелесообразно

9. При длительной терапии ИПП больным ГЭРБ с наличием инфекции *Helicobacter pylori* (Hр) необходимо проведение эрадикации, так как:

- а. эрадикация (Hр) способствует уменьшению симптомов ГЭРБ
- б. эрадикация уменьшает частоту рецидивов ГЭРБ
- в. эрадикация повышает эффективность лечения ГЭРБ
- г. **эрадикация способствует предотвращению транслокации Hр из антрального отдела на тело желудка и тем самым уменьшает риск развития атрофического гастрита и рака желудка**
- д. эрадикация Hр в данном случае не показана

10. К рекомендациям по изменению образа жизни для больных ГЭРБ относятся:

- а. избегать обильного приема пищи и не есть на ночь;
- б. отказаться от курения;
- в. не носить тесную одежду и тугий пояс;
- г. спать с приподнятым головным концом кровати;
- д. **все выше перечисленное**

11. Показаниями для хирургического лечения ГЭРБ (лапароскопической фундопликации) являются:

- а. сохраняющиеся или постоянно возникающие симптомы, несмотря на оптимальную терапию
- б. ухудшение качества жизни из-за зависимости от приема медикаментов или в связи с их побочными эффектами
- в. наличие пищевода Баррета

	<p>г. наличие рефлюкс-эзофагита III-IV степени  д. <b>все выше перечисленные</b></p> <p>12. Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:  а. <b>регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути</b>  б. избыточной массой тела  в. дисфагией  г. спазмом пищевода  д. длительностью заболевания</p> <p>13. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена:  <b>а. эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом</b>  б. хронической пневмонией  в. язвенной болезнью желудка  г. хроническим активным пангастритом  д. склеродермией</p> <p>14. Признаками пищевода Баррета являются:  а. язва пищевода  <b>б. цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части</b>  в. врожденный короткий пищевод  г. отсутствие перистальтики пищевода  д. щелочной пищевод</p> <p>15. Какой метод исследования показан для выявления дивертикула пищевода?  а. <b>рентгенологическое исследование;</b>  б. медиастиноскопия;  в. электрокимография;  г. эзофагоманометрия;  д. УЗИ.</p> <p>16. Пациент болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ крови в пределах нормы. Диагноз:  а. рак пищевода;  <b>б. ахалазия пищевода;</b>  в. рубцовая стриктура пищевода;  г. эзофагит;  д. дивертикул.</p> <p>17. Ведущая роль в генезе язвы дистального отдела пищевода принадлежит:  <b>а. рефлюксу желудочного содержимого в пищевод</b>  б. эзофагиту  в. снижению защитных свойств слизистой</p>
--	---

	<p>г. нарушению микроциркуляции д. нарушению регенерации</p> <p>18. Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Какой предварительный диагноз можно поставить?</p> <p>а. ценкеровский дивертикул пищевода; б. хронический гастрит; в. хронический панкреатит; <b>г. рефлюкс-эзофагит;</b> д. рак пищевода.</p> <p>19. Лечение склеродермии пищевода включает:</p> <p>а. щадящую диету б. кортикостероиды в. лидазу г. правильные ответы а. и б. <b>д. все перечисленное</b></p> <p>20. Механизм замыкания кардии обусловлен:</p> <p>а. пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер) б. автоматизмом кардии в. верхней зоной повышенного давления в пищеводе г. внутрибрюшным давлением <b>д. 5. правильные ответы а. и б</b></p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.»</p>	<p>21. Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером сопровождается:</p> <p>а. снижением секреции гастрина б. ахлоргидрией в. диффузной атрофией главных желез желудка <b>г. развитием антрального гастрита</b> д. недостаточностью кардии</p> <p>22. Гастрин (17) секретируется:</p> <p><b>а. антральным отделом желудка</b> б. фундальным отделом желудка в. слизистой 12-перстной кишки г. бруннеровыми железами д. поджелудочной железой</p> <p>23. Ахлоргидрия отмечается при:</p> <p><b>а. пернициозной анемии</b> б. болезни Менетрие в. лимфоцитарном гастрите г. эозинофильном гастрите д. гранулематозном гастрите</p> <p>24. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относят:</p>

- а. анализ желудочного сока
- б. рентгеноскопию
- в. гастроскопию
- г. **гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка**
- д. рН-метрию

25. К этиологическим факторам язвенной болезни относят:

- а. алкоголь
- б. никотин
- в. нарушения питания
- г. стресс
- д. **хеликобактер пилори**

26. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

- а. рвота желчью
- б. урчание в животе
- в. резонанс под пространством Траубе
- г. **шум плеска через 3-4 часа после приема пищи**
- д. видимая перистальтика

27. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:

- а. рефлюкс-гастрит
- б. **язвенная болезнь**
- в. гипертрофия мышц привратника
- г. пролапс слизистой желудка в 12-перстную кишку
- д. доброкачественный полип желудка

28. Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о:

- а. стенозе выходного отдела желудка
- б. **злокачественной язве**
- в. пенетрации язвы
- г. микрокровоотечениях из язвы
- д. перфорации язвы

29. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:

- а. локализация язвы
- б. величина язвы
- в. **отсутствие рецидивирующего течения**
- г. кровотечение
- д. часто пенетрируют

30. Лекарственные язвы чаще осложняются:

- а. **кровотечением**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>б. перфорацией</li> <li>в. стенозом</li> <li>г. малигнизацией</li> <li>д. пенетрацией</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания печени»</p>	<p>31. Конъюгированный билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. глюкоронилтрансферазы</b></li> <li>б. лейцинаминопептидазы</li> <li>в. кислой фосфатазы</li> <li>г. нуклеотидазы</li> <li>д. глутаматдегидрогеназы</li> </ul> <p>32. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. повышение активности аланиновой аминотрансферазы</b></li> <li>б. повышение альдолазы</li> <li>в. повышение активности аспарагановой аминотрансферазы</li> <li>г. гипоальбуминемия</li> <li>д. гиперферремия</li> </ul> <p>33. Наиболее специфичным тестом внутripеченочного холестаза является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. динамическая сцинтиграфия</li> <li>б. трансаминазы</li> <li><b>в. щелочная фосфатаза</b></li> <li>г. конъюгированный билирубин</li> <li>д. неконъюгированный билирубин</li> </ul> <p>34. Из факторов свертывания крови меньше всего страдает при заболеваниях печени:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. фибриноген</li> <li>б. тромбин</li> <li>в. фактор V</li> <li><b>г. антигемофильный глобулин</b></li> <li>д. фактор VII</li> </ul> <p>35. При циррозе печени электрофорез белков выявляет</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. повышение альбумина</li> <li>б. значительное увеличение <math>\alpha</math>1-глобулина</li> <li><b>в. повышение <math>\gamma</math>-глобулина</b></li> <li>г. отсутствие <math>\beta</math>-глобулина</li> <li>д. отсутствие <math>\alpha</math>2-глобулина</li> </ul> <p>36. Высокий уровень <math>\gamma</math>-глутамилтранспептидазы является характерным для:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. острого алкогольного гепатита</b></li> <li>б. хронического гепатита В и С</li> <li>в. гемохроматоза</li> </ul>

	<p>г. сахарного диабета д. хронического панкреатита</p> <p>37. Для гемолитической желтухи не является характерным:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. увеличение в крови конъюгированного билирубина</li><li>б. нормальный уровень сывороточной щелочной фосфатазы</li><li>в. нормальный уровень сывороточных трансаминаз и г-глутамил-транспептидазы</li><li><b>г. билирубинурия</b></li><li>д. гиперретикулоцитоз</li></ul> <p>38. Уровень связанного (конъюгированного) билирубина в крови не возрастает при:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. синдроме Ротора</li><li>б. синдроме Дабина-Джонсона</li><li><b>в. гемолитической желтухе</b></li><li>г. хроническом активном гепатите</li><li>д. первичном билиарном циррозе печени</li></ul> <p>39. Наиболее чувствительным тестом при синдроме гиперспленизма является:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. определение билирубина в сыворотке крови</li><li>б. динамическая сцинтиграфия с радиофармпрепаратом</li><li>в. определение АСТ в сыворотке крови</li><li>г. определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови</li><li><b>д. определение количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови</b></li></ul> <p>40. Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает на:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. микронодулярный цирроз печени</li><li>б. холестаза</li><li><b>в. острый вирусный гепатит</b></li><li>г. первичный билиарный цирроз</li><li>д. аминазиновую желтуху</li></ul> <p>41. Зуд при желтухе связан с:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. билирубином</li><li><b>б. солями желчных кислот</b></li><li>в. лецитином</li><li>г. фосфолипидами</li><li>д. щелочной фосфатазой</li></ul> <p>42. Морфологический субстрат хронического активного гепатита в отличие от холестатического гепатита составляют:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>а. ступенчатые некрозы</b></li></ul>
--	--



	<ul style="list-style-type: none"><li>б. отложение меди</li><li>в. жировая дистрофия</li><li>г. нарушение архитектоники печеночных долек</li></ul> <p>43. Сочетание цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов характерно для:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. острого вирусного гепатита С</li><li>б. острого вирусного гепатита В</li><li><b>в. аутоиммунного гепатита</b></li><li>г. хронического неактивного гепатита</li><li>д. гемохроматоза</li></ul> <p>44. При хроническом гепатите В с синдромом гиперпленизма прогностически опасным является:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. снижение содержания эритроцитов</li><li><b>б. снижение содержания тромбоцитов до 50 - 30 на 10 в 9/л</b></li><li>в. лейкопения</li><li>г. отсутствие эффекта при суточной дозе 15 - 20 мг преднизалона</li><li>д. ускоренное СОЭ</li></ul> <p>45. Решающим в диагностике хронического гепатита любого генеза является:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. повышения трансфераз</li><li>б. диспротеинемия</li><li><b>в. гистологическое исследование пунктата печени</b></li><li>г. данные объективного осмотра</li><li>д. гипербилирубинемия</li></ul> <p>46. При лечении диуретиками асцита при циррозе печени не является осложнением:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. гиповолемия</li><li>б. гипокалиемия</li><li><b>в. гиперкалиемия</b></li><li>г. азотемия</li><li>д. нарушение сердечной деятельности</li></ul> <p>47. Рациональным мероприятием при лечении постцирротического асцита является:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. соблюдение диеты с содержанием поваренной соли от 5 до 10г</li><li>б. ограничение суточного потребления жидкости до 5 литра, если содержание натрия в сыворотке больше 130 мэкв</li><li>в. довести суточный диурез до 2 - 3 литров</li><li><b>г. верошпирон внутрь от 100 до 400 мг с учетом суточного диуреза</b></li><li>д. начинать терапию салуретиками с максимальных терапевтических доз</li></ul>
--	---

	<p>48. Противопоказанием к проведению диагностического параабдоиноцентеза не является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. лихорадка у больного циррозом печени с асцитом</li> <li>б. нарастание симптомов печеночной энцефалопатии у больного циррозом печени с асцитом</li> <li><b>в. синдром гиперспленизма</b></li> <li>г. признаки перитонита</li> <li>д. желудочно-кишечное кровотечение</li> </ul> <p>49. К более постоянному клиническому проявлению гемохроматоза относится:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. пигментация кожи</b></li> <li>б. экстрапирамидные синдромы</li> <li>в. кольца Кайзера-Флейшнера</li> <li>г. лейкоцитоз</li> <li>д. анемия</li> </ul> <p>50. Для верификации гемохроматоза наиболее достоверной диагностической процедурой является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. биопсия кожи</li> <li>б. определение сывороточного железа</li> <li>в. биопсия тонкой кишки</li> <li>г. ректальная биопсия</li> <li>д. <b>биопсия печени</b></li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4. «Заболевания поджелудочной железы»</p>	<p>51. Клетки поджелудочной железы, вырабатывающие ферменты - это:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. клетки калликреиновой системы</li> <li><b>б. клетки эпителиально-железистой ткани</b></li> <li>в. В - клетки</li> <li>г. Д - клетки</li> <li>д. А – клетки</li> </ul> <p>52. Важнейшим лабораторно-диагностическим тестом муковисцидоза является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. лотовый</b></li> <li>б. амилаза крови</li> <li>в. содержание аминокислот в кале</li> <li>г. содержание жира в кале</li> <li>д. мочевого синдром</li> </ul> <p>53. Значительное увеличение в слюне и поте натрия, хлора и калия указывают на:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. паротит</li> <li>б. сахарный диабет</li> <li>в. хронический панкреатит</li> <li><b>г. кистозный фиброз поджелудочной железы</b></li> <li>д. рак поджелудочной железы</li> </ul> <p>54. При пенетрации язвы в поджелудочную железу часто повышается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. амилаза</b></li> </ul>

- б. липаза
- в. глюкоза
- г. щелочная фосфатаза
- д. глюкагон

55. Секретин:

- а. повышает продукцию гастрина
- б. вызывает значительное снижение гастрина в сыворотке
- в. продуцируется поджелудочной железой
- г. **продуцируется слизистой оболочкой 12 п. к.**
- д. повышает кислотность желудочного содержимого

56. Характерной клинической чертой хронического панкреатита является:

- а. развитие сахарного диабета
- б. **недостаточность функции внешней секреции (гипоферментемия)**
- в. желтуха
- г. повышение аминотрансфераз
- д. гепатомегалия

57. Больному хроническим панкреатитом латентного течения показаны:

- а. общий полноценный рацион
- б. диета с преобладанием жиров
- в. диета с преобладанием углеводов
- г. **диета с преобладанием белков**
- д. диета с повышенным содержанием железа

58. Терапия хронического панкреатита в фазе стойкой ремиссии включает:

- а. хирургическое лечение
- б. ингибиторы трипсина
- в. ферментные препараты
- г. **диету №5п**
- д. анальгетики

59. Методом выбора лечения псевдоопухолевой формой хронического панкреатита является:

- а. консервативный
- б. **хирургический**
- в. химиотерапия
- г. рентгенотерапия
- д. рефлексотерапия

60. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает :

1. полифекалия
2. креаторея
3. **стеаторея**

	<p>4. амилорея 5. наличие крови и слизи в стуле</p>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5. «Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей»</p>	<p>61. При снижении холатохолестеринового коэффициента возникает склонность к заболеванию:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. бактериальным холециститом</li> <li><b>б. калькулезным холециститом</b></li> <li>в. хроническим гепатитом</li> <li>г. циррозом печени</li> <li>д. хроническим холангитом</li> </ul> <p>62. Основной функцией желчи является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. эмульгация жиров</b></li> <li>б. гидролиз углеводов</li> <li>в. лизис белков</li> <li>г. лизис жиров</li> <li>д. нейтрализация желудочного содержимого</li> </ul> <p>63. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. H<sub>2</sub>-блокаторы гистамина</li> <li>б. препараты группы сукральфата</li> <li><b>в. спазмолитики, одестон</b></li> <li>г. беззондовые тюбажи</li> <li>д. хирургическое лечение</li> </ul> <p>64. В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. холекинетики, хофитол</b></li> <li>б. спазмолитики</li> <li>в. хирургическое лечение</li> <li>г. антациды</li> <li>д. ферменты</li> </ul> <p>65. Отсутствие видимости желчного пузыря после введения йодированных соединений означает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. снижение всасывания в кишечнике</li> <li>б. снижение функции печени</li> <li>в. снижение функции поджелудочной железы</li> <li><b>г. патологию желчного пузыря</b></li> <li>д. снижение перистальтики кишечника</li> </ul> <p>66. Желчные камни чаще всего состоят из:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. солей желчных кислот</li> <li><b>б. холестерина</b></li> <li>в. оксалатов</li> <li>г. мочевой кислоты</li> <li>д. цистина</li> </ul>

	<p>67. При желчнокаменной болезни имеет место:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>снижение соотношения желчных кислот к холестерину</b></li> <li>б. снижение уровня билирубина в моче</li> <li>в. повышение уровня желчных кислот</li> <li>г. повышение уровня лецитина</li> <li>д. снижение уровня белков желчи</li> </ul> <p>68. Чрезкожная холангиография является методом, позволяющим диагностировать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. хронический гепатит</li> <li>б. билиарный цирроз печени</li> <li>в. <b>непроходимость желчных путей с механической желтухой</b></li> <li>г. абсцесс печени</li> <li>д. внутripеченочный сосудистый блок</li> </ul> <p>69. Лечение при холецистолитиазе включает применение:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. холевой кислоты</li> <li>б. <b>хенодезоксихолевой кислоты</b></li> <li>в. литохолевой кислоты</li> <li>г. кетолитохолевой кислоты</li> <li>д. дегидрохолевой кислоты</li> </ul> <p>70. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. УЗИ брюшной полости</li> <li>б. эндоскопическое УЗИ</li> <li>в. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография</li> <li>г. пероральная холецистография</li> <li>д. 5. КТ брюшной полости</li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b> Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»</p>	<p>71. В желудочно-кишечном тракте желчные кислоты подвергаются реабсорбции. Это происходит в:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. 12-перстной кишке</li> <li>б. <b>подвздошной кишке</b></li> <li>в. толстой кишке</li> <li>г. желудке</li> <li>д. тощей кишке</li> </ul> <p>72. У лиц с врожденной недостаточностью лактазы отмечается вздутие живота, скопление газов и диарея при переваривании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>молока</b></li> <li>б. яиц</li> <li>в. черного хлеба</li> <li>г. капусты</li> <li>д. сладостей</li> </ul> <p>73. Самой маленькой адсорбирующей единицей слизистой тонкой кишки является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>микроворсинка</b></li> <li>б. бокаловидная клетка</li> </ul>

- в. цилиндрическая клетка
- г. ворсинка

74. Суточная норма клетчатки в питании составляет:

- а. 10 г
- б. 20 - 30 г**
- в. 40-45 г
- г. 60 - 80 г
- д. 100- 150 г

75. Для синдрома раздраженной толстой кишки характерно:

- а. гипохромная анемия
- б. дефицит витамина С
- в. общее состояние больного не страдает**
- г. пеллагрические изменения кожи
- д. дефицит витаминов группы В

76. В терапию синдрома раздраженной толстой кишки с преобладанием запоров в терапию целесообразно включить:

- а. гранаты
- б. пшеничные отруби**
- в. сок капусты
- г. сок алоэ
- д. картофель

77. Чаще всего дивертикулы толстой кишки обнаруживаются в:

- а. прямой кишке
- б. сигмовидной кишке**
- в. нисходящей кишке
- г. поперечно-ободочной кишке
- д. слепой кишке

78. Самым часто встречающимся симптомом аденоматозного полипа толстой или прямой кишки является:

- а. оль
- б. кровь при дефекации**
- в. мелена
- г. диарея
- д. запор

79. В норме рН кала находится в пределах:

- 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

80. Поражение прямой кишки при неспецифическом язвенном колите может быть в:

- а. 10 - 20% случаев
- б. 25 - 50% случаев
- в. 50 - 70% случаев
- г. 70 - 85% случаев
- д. **100% случаев**

81. При неспецифическом язвенном колите в патологический процесс вовлекается:

- а. **слизистая оболочка**
- б. слизистая и подслизистая оболочки
- в. серозная оболочка
- г. вся стенка кишки
- д. мышечный слой кишки

82. Токсическая дилатация толстой кишки является типичным осложнением при:

- а. болезни Крона
- б. дивертикулезе толстой кишки
- в. **неспецифическом язвенном колите**
- г. врожденной долихосигме
- д. полипозе толстой кишки

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

- а. увеличение диаметра кишки
- б. множественные гаустрации
- в. вид «бульжной мостовой»
- г. мешковидные выпячивания по контуру кишки
- д. **изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки**

84. При неспецифическом язвенном колите легкой и средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является:

- а. кортикостероиды
- б. фталазол
- в. левомецетин
- г. **сульфасалазин, месалазин**
- д. ампициллин

85. При болезни Крона чаще поражается:

- а. пищевод
- б. желудок
- в. **подвздошная кишка**
- г. аппендикс
- д. прямая кишка

	<p>86. Патологический процесс при гранулематозном колите чаще развивается в:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>слизистой оболочке</li> <li><b>подслизистом слое</b></li> <li>мышечном слое</li> <li>субсерозном слое</li> <li>серозном слое</li> </ol> <p>87. Типичными признаками стриктуры прямой кишки являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>затруднения при дефекации</b></li> <li>поносы</li> <li>примесь крови</li> <li>тенезмы</li> <li>зуд</li> </ol> <p>88. Целиакия характеризуется непереносимостью:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>пшеницы</li> <li>риса</li> <li>гречи</li> <li>овса</li> <li><b>а, г</b></li> </ol> <p>89. Клинические признаки синдрома мальабсорбции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>диарея</li> <li>истощение</li> <li>анемия</li> <li>боли в костях, патологические переломы</li> <li><b>все верно</b></li> </ol> <p>90. Целиакии наиболее часто сопутствует кожное заболевание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>псориаз</li> <li><b>герпетиформный дерматит</b></li> <li>атопический дерматит</li> <li>пемфигоид</li> <li>пузырчатка</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> Раздел 7. «Современные методы диагностики и лечения»</p>	<p>91. Показанием к эзофагоскопии не является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;</li> <li>эзофагит;</li> <li>рак пищевода;</li> <li><b>травма грудной клетки;</b></li> <li>варикозное расширение вен пищевода.</li> </ol> <p>92. Из указанных заболеваний относительным противопоказанием к эзофагоскопии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>варикозное расширение вен пищевода;</li> <li>эпилепсия;</li> <li><b>острое воспалительное заболевание миндалин, глотки, гортани, бронхов;</b></li> <li>эзофагит;</li> <li>рак пищевода.</li> </ol>



93. Показанием к плановой гастроскопии является:

- а. обострение хронического гастрита;
- б. язва желудка;
- в. рак желудка;
- г. доброкачественная подслизистая опухоль желудка;
- д. **все перечисленное.**

94. Показанием к экстренной гастроскопии не является:

1.полип желудка; 2.инородное тело; 3.анастомоз;  
4.желудочно-кишечное кровотечение.

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

95. При наличии у больного симптомов желудочно-кишечного кровотечения ему следует произвести:

- а. обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости;
- б. рентгенографию желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью;
- в. **эзофагогастродуоденоскопию;**
- г. колоноскопию;
- д. ректороманоскопию

96. Какой метод диагностики язвенной болезни желудка наиболее достоверный?

- а. рентгеноскопия
- б. **гастрофиброскопия**
- в. ультразвуковое исследование
- г. лапароскопия
- д. рентгенография

97. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите НЕ являются:

- а. гиперемия и отёк слизистой оболочки
- б. контактная ранимость и кровоточивость
- в. поверхностные дефекты слизистой оболочки
- г. **глубокие щелевидные язвы**
- д. поверхностное сплошное воспаление

98. Какие из нижеперечисленных исследований являются наиболее информативными в диагностике желчнокаменной болезни?

- а. радионуклидное исследование
- б. термография
- в. лапароскопия
- г. **ультразвуковая эхолокация**

	<p>д. гепатосцинтиграфия</p> <p>99. Назовите наиболее информативный метод диагностики ЖКБ:</p> <p>а. обзорная рентгенография живота</p> <p><b>б. УЗИ органов брюшной полости</b></p> <p>в. дуоденальное зондирование</p> <p>г. биохимическое исследование крови (билирубин, щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин)</p> <p>д. ФГДС</p> <p>100. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:</p> <p>а. УЗИ брюшной полости</p> <p>б. эндоскопическое УЗИ</p> <p><b>в. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография</b></p> <p>г. пероральная холецистография</p> <p>д. КТ брюшной полости</p>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»</p>	<p>101. В дифференциальной диагностике злокачественной язвы от доброкачественной можно использовать:</p> <p>а. локализацию язвы</p> <p>б. размеры</p> <p>в. глубину</p> <p>г. кровоточивость</p> <p><b>д. морфологию</b></p> <p>102. Назовите классическую триаду карциноидного синдрома (карциноидная опухоль поджелудочной железы):</p> <p>а. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом</p> <p>б. диарея</p> <p>в. запоры</p> <p>г. развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии</p> <p><b>д. а, б, г</b></p> <p>103. При раке большого дуоденального соска встречаются все перечисленные симптомы, кроме</p> <p>а. дуоденального кровотечения</p> <p>б. коликообразных болей</p> <p>в. дуоденостаза</p> <p>г. лихорадки с ознобом</p> <p><b>д. повышения сахара в крови</b></p> <p>104. Наиболее частая локализация рака поджелудочной железы:</p> <p>а. диффузная</p>

- б. хвост
- в. тело
- г. головка**
- д. выводной проток

105. Ведущий симптом рака пищевода:

- а. тупые боли в груди
- б. приступы кашля
- в. осиплость голоса
- г. лихорадка
- д. дисфагия**

106. Опухоль Крукенберга представляет собой метастазы карциномы желудка в:

- а. головной мозг
- б. надключичные лимфоузлы
- в. печень
- г. яичники**
- д. брюшину

107. Какая локализация опухоли в ободочной кишке наиболее часто обуславливает состояние кишечной непроходимости?

- а. рак печеночного изгиба
- б. рак слепой кишки.
- в. рак нисходящей и сигмовидной кишки**
- г. рак поперечноободочной кишки.
- д. рак селезеночного изгиба кишки.

108. Какой характер кровоточивости у больного раком прямой кишки?

- а. появление алой крови в конце акта дефекации
- б. появление крови перед актом дефекации**
- в. профузное ректальное кровотечение
- г. примесь алой крови к каловым массам
- д. мелена

109. Частота метастазирования рака ободочной кишки обусловлена:

- а. локализацией опухоли
- б. макроскопической формой опухоли
- в. микроскопическим строением опухоли
- г. степенью дифференциации клеточных элементов опухоли**
- д. размером опухоли

110. Назовите классическую триаду карциноидного синдрома (карциноидная опухоль поджелудочной железы):

- а. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом; диарея; развитие**

	<p><b>эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии</b></p> <p>б. коллаптоидные реакции; запоры; желтуха  в. лихорадка, похудание, анорексия  г. суставной синдром, тахикардия, диарея  д. приступы резкой бледности, тахикардия, артериальная гипертензия</p>
<p><b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9. «Онкогепатология»</p>	<p>111. <math>\alpha</math> - фетопроtein обнаруживается в крови больных:  <b>а. первичным гепатоцеллюлярным раком печени</b>  б. полипозным гастритом  в. лейомиомой желудка  г. полипом прямой кишки  д. опухолевой формой хронического панкреатита</p> <p>112. Часто дают метастазы в печень опухоли, локализующиеся  а. в желудке  б. в толстой кишке  в. в легких  г. в поджелудочной железе  <b>д. все перечисленное</b></p> <p>113. Рак желчного пузыря чаще всего ассоциирован с:  а. циррозом печени  б. язвенной болезнью  в. гастродуоденитом  <b>г. холедохолитиазом</b>  д. дивертикулезом кишечника</p> <p>114. Характерные клинические симптомы рака желчного пузыря все, КРОМЕ:  а. болевой  <b>б. отечный</b>  в. диспепсический  г. потеря массы тела  д. желтуха</p> <p>115. При раке фатерова сосочка при объективном исследовании наиболее часто определяется:  а. симптом Кера  б. симптом Мак-Кензи  в. симптом Мюсси  <b>г. симптом Курвуазье</b>  д. симптом Менделя</p> <p>116. В патогенезе рака печени имеют значение  а. вирусный гепатит В  б. андрогенные стероиды</p>

	<p>в. травмы печени г. генетические особенности организма <b>д. все перечисленное</b></p> <p>117. На операции обнаружен спавшийся желчный пузырь, общий желчный проток менее 4 мм, дуоденум и панкреас - без изменений. Печень увеличена, внешний вид ее похож на билиарный цирроз. Этот симптомокомплекс наиболее характерен</p> <p>а. для холестатического гепатита <b>б. для карциномы бифуркации</b> печеночных протоков в. первичного билиарного цирроза г. вторичного склерозирующего холангита д. первичного склерозирующего холангита</p> <p>118. В отношении рака тонкой кишки верны следующие положения</p> <p>а. это часто встречающееся заболевание б. чаще болеют мужчины в. чаще болеют люди в возрасте старше 50 лет г. правильные ответы а. и б. <b>д. правильные ответы б. и в.</b></p> <p>119. Рак тонкой кишки метастазирует</p> <p>а. в регионарные лимфоузлы б. в почки в. в легкие г. в кости <b>д. во все перечисленные органы</b></p> <p>120. К начальным проявлениям рака тонкой кишки относятся все следующие, кроме</p> <p>а. локализованных болей в животе б. вздутия живота (локализованного) в. запоров, сменяющихся поносами <b>г. крови в кале</b></p>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10. «Ургентная гастроэнтерология»</p>	<p>121.Первоочередной задачей при инородных телах пищевода являются:</p> <p>а. противошоковая терапия б. промывание пищевода <b>в. удаление инородного тела</b> г. хирургическое лечение д. трахеостомия</p> <p>122.Редким осложнением аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:</p> <p>а. катаральный рефлюкс-эзофагит <b>б. ущемление</b> в. кровотечение г. рефлексорная стенокардия д. эрозивно-язвенный эзофагит</p>

123. Рациональным лечением флегмоны желудка является:

- а. хирургическое**
- б. симптоматическое
- в. физиотерапевтическое
- г. санаторно-курортное
- д. фитотерапевтическое

124. Подтверждающим перфорацию язвы является:

- а. рентгенологически определяемый газ под правым куполом диафрагмы**
- б. острые боли внизу живота
- в. повышение артериального давления
- г. нарастающая анемия
- д. метеоризм

125. Больного с острым холециститом необходимо госпитализировать в отделение:

- а. терапевтическое
- б. инфекционное
- в. хирургическое**
- г. реанимационное
- д. гастроэнтерологическое

126. Для острого тромбоза в системе воротной вены наименее характерна:

- а. острая боль
- б. желтуха**
- в. повторная рвота
- г. портальная гипертензия
- д. коллапс

127. Синдром Меллори-Вейса чаще всего сопровождается:

- а. язвенную болезнь
- б. лимфому
- в. карциному
- г. алкоголизм**
- д. грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

128. При симптомокомплексе "острого живота" исчезновение "печеночной тупости" свидетельствует:

- а. об остром панкреатите
- б. о функциональной кишечной непроходимости
- в. о перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки**
- г. о механической кишечной непроходимости
- д. о правостороннем пневмосклерозе

129. Частыми причинами развития острой печеночной недостаточности является:

- а. Алкогольное поражение печени**

- б. Лекарственное поражение печени
- в. Острый вирусный гепатит
- г. Промышленные токсины
- д. Все выше перечисленное**

130. При ожогах пищевода могут быть осложнения:

- а. кровотечение
- б. стриктуры
- в. медиастенит
- г. рефлюкс-эзофагит
- д. а, б, в.**

131. Инструментальные поражения пищевода возможны при:

- а. введении зонда
- б. бужировании
- в. эзофагоскопии
- г. рентгеновском исследовании
- д. а, б, в.**

132. Для клинической картины разрыва желудка характерно:

- а. резчайшая боль
- б. кровавая рвота
- в. отсутствие печеночной тупости
- г. коллапс
- д. все выше перечисленное**

133. Мужчина 55 лет три года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами реагировал положительно. Поступил с кровоточащей язвой. За 4 недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Какова дальнейшая лечебная тактика?

- а. Прерывистая курсовая терапия H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами
- б. Поддерживающая терапия H<sub>2</sub>-гистаминблокаторами**
- в. Хирургическое лечение
- г. Терапия сукральфатом
- д. Курсовая терапия омепразолом

134. Признаками перфорации язвы являются:

- а. отсутствие печеночной тупости
- б. сильнейшая боль в эпигастрии
- в. ригидность передней брюшной стенки
- г. гиперперистальтика
- д. а, б, в.**

135. Пенетрацию язвы подтверждают симптомы:

- а. усиление болей
- б. уменьшение ответной реакции на антациды

	<p>в. появление болей в спине  <b>г. все вышеперечисленное</b></p> <p>136. К экстравезикальным осложнениям острого холецистита относятся:  а. перитонит  б. холангит  в. панкреатит  г. сепсис  <b>д. все выше перечисленные</b></p> <p>137. Причинами возникновения острого холецистита являются:  а. инфекция  б. нарушение оттока желчи  в. нарушение обмена желчи в пузыре  г. камни желчного пузыря  <b>д. все выше перечисленные</b></p> <p>138. Дегтеобразный стул появляется при повреждении следующих отделов пищеварительного тракта:  а. пищевода  б. желудка  в. двенадцатиперстной кишки  г. сигмовидной кишки  <b>д. а, б, в</b></p> <p>139. Для острого токсического гепатита характерны симптомы:  а. желтуха  б. рвота  в. кровохарканье  г. нарушения ритма сердца  <b>д. а, б.</b></p> <p>140. К неотложным действиям при пищевой токсикоинфекции относятся:  а. исследование кала и рвотных масс на наличие возбудителя  <b>б. назначение инфузионной и дезинтоксикационной терапии</b>  в. экстренная лапароскопия  г. назначение антибиотиков  д. ректороманоскопия</p>
<p><b>Б 1.Б.6.11</b> Раздел 11.  «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»</p>	<p>141. При склеродермии пищевода чаще всего поражаются:  а. глоточно-пищеводный сфинктер  б. кардиоэзофагеальный сфинктер  в. средняя треть пищевода  г. поддиафрагмальная часть пищевода  <b>д. б и г</b></p>



142. Туберкулезное поражение желудка проявляется в виде:

- а. язва
- б. гранулематозного гастрита
- в. инфильтративно-склеротической формы
- г. диффузной инфильтрации
- д. а и б**

143. Жировой гепатоз наиболее характерен для:

- а. склеродермии
- б. хронической недостаточности кровообращения
- в. сахарного диабета**
- г. красной волчанки
- д. саркоидоза

144. Спленомегалия и лихорадка неясного генеза дают основание заподозрить:

- а. инфекционный мононуклеоз
- б. тифопаратифозные заболевания
- в. бактериальный эндокардит
- г. вирусный гепатит
- д. все вышеперечисленные**

145. Доброкачественная желтуха беременных вызывается:

- а. высоким уровнем эстрогенов**
- б. высоким уровнем прогестерона
- в. ингибированием глюкуронил-трансферазы
- г. аутоиммунным процессом
- д. некрозом гепатоцитов

146. Цирроз печени, формирующийся при констриктивном перикардите, обычно характеризуется:

- а. упорным асцитом
- б. высоким венозным давлением
- в. резкой одышкой, набуханием шейных вен, цианозом
- г. гиперспленизмом
- д. всем вышеперечисленным**

147. Туберкулез кишечника может осложняться:

- а. прободением язв
- б. перитонитом
- в. кишечной непроходимостью
- г. кишечным кровотечением
- д. всем вышеперечисленным**

148. Возбудитель описторхоза локализуется в:

- а. желчном пузыре
- б. поджелудочной железе
- в. желудочно-кишечном тракте

**г. желчновыделительной системе и поджелудочной железе**

д. желудке

149. Морфологическим субстратом поражение печени при саркоидозе является:

а. холестатический гепатит

**б. специфическая гранулёма**

в. гранулематозный гепатит

г. жировая дистрофия

150. При токсико-инфекционном шоке у больных брюшным тифом отмечаются симптомы:

а. тахикардия

б. снижение артериального давления

в. нарушения микроциркуляции

**г. все вышеперечисленное**

151. При диффузном токсическом зобе отмечают

а. поражение печени

б. поносы

в. поражение пищевода

**г. все перечисленное**

152. Возбудитель описторхоза локализуется

а. только в желчном пузыре

б. в поджелудочной железе

в. в желудочно-кишечном тракте

**г. в желчевыделительной системе и поджелудочной железе**

д. во всех перечисленных органах

153. К пищевой непереносимости относят

а. дефицит лактазы

б. псевдоаллергические реакции

в. пищевую аллергию

г. глютенную энтеропатию

**д. все перечисленное**

154. Средствами патогенетической терапии пищевой аллергии являются все перечисленные, кроме

**а. ферментов**

б. антигистаминных препаратов

в. кортикостероидов

г. антагонистов протеиназ

155. Характерными симптомами болезни Аддисона являются

а. гипотония

б. адинамия

в. тошнота

г. расстройство стула

	<p><b>д. все перечисленное</b></p> <p>156. Для поражения печени при хронических лимфолейкозах характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. гепатомегалия</li> <li>б. портальная гипертония</li> <li>в. гипербилирубинемия</li> <li><b>г. правильные ответы а. и б.</b></li> <li>д. все перечисленное</li> </ul> <p>157. Поражение печени при саркоидозе трудно дифференцировать</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. с жировым гепатозом</li> <li><b>б. с первичным билиарным циррозом печени</b></li> <li>в. с кардиальным циррозом печени</li> <li>г. с гепатокарциномой</li> <li>д. со всем перечисленным</li> </ul> <p>158. Язва 12-перстной кишки часто возникает</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. при надпочечниковой недостаточности</li> <li>б. при анемии Аддисона - Бирмера</li> <li>в. при недостаточности гипофиза</li> <li>г. при беременности</li> <li><b>д. при циррозе печени</b></li> </ul> <p>159. Поражение печени при сахарном диабете клинически проявляется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. гепатомегалией</b></li> <li>б. спленомегалией</li> <li>в. желтухой</li> <li>г. носовыми кровотечениями</li> <li>д. асцитом</li> </ul> <p>160. Клиническими проявлениями СПИДа являются</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. лихорадка</li> <li>б. ознобы</li> <li>в. лимфаденопатия</li> <li>г. понос</li> <li><b>д. все перечисленное</b></li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.12</b> Раздел 12. «Особенности заболеваний органов пищеварения у подростков»</p>	<p>161. Одной из наиболее частых причин острого эзофагита у детей является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. длительный прием салицилатов</li> <li>б. пищевая аллергия</li> <li><b>в. нерегулярное и неполноценное по составу питание</b></li> <li>г. хронические заболевания печени и желчных путей</li> </ul> <p>162. Постельный режим ребенку с обострением хронического гастродуоденита рекомендуют соблюдать до</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. исчезновения пальпаторных болей</li> </ul>

- б. исчезновения самостоятельных болей**
- в. исчезновения диспепсических явлений
- г. полного выздоровления

163. Существенную роль в язвообразовании у детей отводят

- а. кишечной палочке
- б. протее
- в. хеликобактерным микроорганизмам**
- г. палочке молочно-кислого брожения

164. Осложнение язвенной болезни у детей, требующее немедленного оказания помощи

- а. пенетрация
- б. малигнизация
- в. кровотечение**
- г. деформация луковицы двенадцатиперстной кишки

165. Язвенное кровотечение характеризуется меленой и отсутствием рвоты при локализации язвы

- а. на малой кривизне желудка
- б. в кардиальном отделе желудка
- в. на большой кривизне желудка
- г. в двенадцатиперстной кишке**

166. Рвота "кофейной гущей" у детей возникает при

- а. кровотечении из язвы**
- б. деформации луковицы двенадцатиперстной кишки
- в. пенетрации язвы
- г. перфорации язвы

167. Упорный болевой синдром, не уменьшающийся от приема антацидов, с рвотой, не приносящей облегчения, характерен для осложнения язвенной болезни у детей

- а. кровотечение из язвы
- б. перфорация язвы
- в. пенетрация язвы**
- г. деформация луковицы двенадцатиперстной кишки

168. Появление на фоне симптомов язвенной болезни у детей чувства переполнения желудка, отрыжки тухлым, рвоты с остатками пищи, съеденной накануне, похудание свидетельствует об осложнении

- а. малигнизация язвы
- б. перфорация язвы
- в. пенетрация язвы
- г. стеноз привратника**

	<p>169. Препарат, влияющий на хеликобактерные микроорганизмы, для лечения язвенной болезни у детей</p> <p>а. ранитидин  <b>б. де-нол</b>  в. атропин  г. гастрोцепин</p> <p>170. Для восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни у детей назначают</p> <p>а. ранитидин  б. де-нол  в. атропин  <b>г. гастрोцепин</b></p>
<p><b>Б 1.Б.6.13</b> Раздел 13.  «Гастроэнтерологическая помощь в амбулаторных условиях»</p>	<p>171. Рентгенологически выявленное отсутствие перистальтики в дистальном отделе пищевода при нормальной моторике в проксимальном отделе характерно для:</p> <p>а. ахалазии пищевода;  <b>б. склеродермии;</b>  в. диффузного спазма пищевода;  г. эзофагита;  д. пищевода Баррета.</p> <p>172. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не относится:</p> <p>а. анализ желудочного сока;  б. рентгенография желудка;  в. гастроскопия;  г. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;  <b>д. дуоденальное зондирование.</b></p> <p>173. Наличие триады симптомов - стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея - указывает на:</p> <p><b>а. синдром Золлингера-Эллисона;</b>  б. язвенную болезнь с локализацией в желудке;  в. язвенный колит;  г. язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе;  д. хронический панкреатит.</p> <p>174. Для клиники хронического гастрита характерно:</p> <p>а. субфебрильная температура;  б. умеренный лейкоцитоз;  <b>в. диспепсический синдром;</b>  г. диарея;  д. спастический стул.</p>

	<p>175.Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. острого гастрита;</li><li>б. аутоиммунного гастрита;</li><li>в. гранулематозного гастрита;</li><li>г. болезни Менетрие;</li><li><b>д. хеликобактерной инфекции.</b></li></ul> <p>176. Какой из нижеперечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. индометацин;</li><li>б. вольтарен;</li><li>в. реопирин;</li><li><b>г. мелоксикам;</b></li><li>д. диклофенак.</li></ul> <p>177.Для целиакии спру характерно все перечисленное, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. метеоризма;</li><li><b>б. лихорадки;</b></li><li>в. поносов;</li><li>г. полифекалии;</li><li>д. истощения.</li></ul> <p>178.Усиливают диарею при целиакии спру:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. мясо;</li><li>б. сырые овощи и фрукты;</li><li><b>в. белые сухари;</b></li><li>г. рис;</li><li>д. кукуруза.</li></ul> <p>179. Употребление какого из перечисленных злаков или продуктов из него не вызывает ухудшения течения целиакии спру?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. пшеница;</li><li>б. рожь;</li><li><b>в. кукуруза;</b></li><li>г. овес;</li><li>д. ячмень.</li></ul> <p>180. Ведущим фактором в возникновении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не является:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а. гиперсекреция соляной кислоты;</li><li>б. дуоденит;</li><li><b>в. заболевания желчного пузыря;</b></li><li>г. хеликобактериоз;</li><li>д. курение.</li></ul>
--	--

**Б 1.Б.6.1** Раздел 1  
«Заболевания пищевода»

**Ситуационная задача 1** (Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь)

Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.

Данные фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке?

Обоснуйте

свой выбор.

6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 2** (ГЭРБ)

Врач-терапевт участковый поликлиники вызвал машину скорой медицинской помощи с целью возможной госпитализации для женщины 45 лет, у которой предположил диагноз «ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром. Бронхиальная астма, обострение».

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет, после значительного уменьшения физической активности, отмечает постоянное увеличение массы тела, на фоне чего стала отмечать приступообразный, преимущественно сухой мучительный кашель, сопровождающийся ощущением нехватки воздуха. Через некоторое время стала также отмечать боли за грудиной при физической нагрузке, наиболее выраженные во время работы в огороде (прополка грядок). Была обследована амбулаторно. Выставлен диагноз «бронхиальная астма тяжелого, непрерывно рецидивирующего течения. ИБС: стенокардия напряжения III ф. к. Ожирение II ст.».

Назначенное лечение - Преднизолон, ингаляционные глюкокортикоиды, бронхолитики, - имело незначительный эффект.

Прием нитратов, со слов больной, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса. В течение последних 2-3 недель отмечает появление загрудинной боли в ночное время в первой половине ночи, особенно после плотного позднего ужина, что стало поводом для обращения за медицинской помощью. Бригадой скорой помощи по данным клинической картины, а также по данным ЭКГ и высокочувствительного тропонин-теста, диагноз "ОКС" отвергнут. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз заболевания, которое объединяет жалобы больной.
2. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
3. Какие специальные методы исследования применяются при данном заболевании?
4. Какие рекомендации по изменению образа жизни и питания необходимо дать пациентке?
5. Какие препараты применяются для лечения данного заболевания (указать группу и название препарата)?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

### Ситуационная задача 3 (ГЭРБ)

Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны, обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лежа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна.

Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трех лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, Маалокс. В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $8,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой - 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час).

ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отечна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей.

Rg - графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всем протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор
5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений заболевания не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отек слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

### Ситуационная задача 4 (ГЭРБ)

Больной Т. 48 лет, электросварщик, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на частую, выраженную изжогу после еды и в



	<p>ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, обычно, при наклонах туловища и положении лежа, плохой сон из-за изжоги.</p> <p>Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая Но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, работает по сменам, регулярно имеет ночные смены. Курит с 13 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились два года назад после длительного периода значительных физических нагрузок (строительство дома) и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса (пожар в квартире). Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение 10-14 дней с хорошим эффектом. В течение последующих 2-х лет часто беспокоила изжога, но к врачам не обращался, использовал Альмагель, Омез короткими курсами с кратковременным эффектом. Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и алкоголизации; на фоне приема привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 5 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного разжиженного стула. В дальнейшем стул без особенностей.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 175 см, вес – 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В легких везикулярное дыхание. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в минуту, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в пилорoduodenальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: эритроциты – 4,0×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 122 г/л, МСН – 26р/g, МСНС – 346 g/l, лейкоциты – 5,2×10<sup>9</sup>/л: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 23%, моноциты – 6%. СОЭ – 5 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь положительный.</p> <p>ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отечна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирована с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?</li> <li>4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.</li> <li>5. Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приема. Выберите схему поддерживающей терапии. Выберите схему эрадикационной терапии. Обоснуйте Ваш выбор. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования. Примите решение по экспертизе трудоспособности пациента.</li> <li>6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и</p>	<p><b>Ситуационная задача 5</b> (Язвенная болезнь) Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на</p>

<p>двенадцатиперстной кишки.»</p>	<p>высоте болей, рвоту, приносящую облегчение. Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная.</p> <p>Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – <math>5,2 \times 10^9</math> /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%.</p> <p>Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.</p> <p>ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Бульбарные отделы без патологии.</p> <p>Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз.</li> <li>2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.</li> <li>3. Показания к госпитализации.</li> <li>4. Осложнения данного заболевания.</li> <li>5. Назначьте лечение.</li> <li>6. Определите дальнейшую тактику ведения данного пациента</li> <li>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol> <p><b>Ситуационная задача 6 (Язвенная болезнь)</b></p> <p>Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.</p> <p>Проведена фиброгастроуденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте план дифференциального диагноза.</li> <li>4. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.</li> <li>6. Определите дальнейшую тактику ведения при данной патологии.</li> <li>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol> <p><b>Ситуационная задача 7 (Язвенная болезнь)</b></p> <p>Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в</p>
-----------------------------------	---

эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 32,0 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

**Ситуационная задача 8 (Язвенная болезнь желудка)**

К врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет с жалобами на интенсивные боли после приема пищи в эпигастральной области через 30-60 минут и проходящих через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение.

Считает себя больным около 15 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникавшие после приема пищи. Амбулаторно был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, после чего проходили. В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период.

При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету. При болях принимал Ранитидин (30 мг сутки). Настоящее обострение началось в марте, длится уже 3 недели. Курит в течении 8 лет по 15 сигарет в день.

При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VII-XII позвонков).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями желудка необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования могут быть выполнены для подтверждения и уточнения диагноза?
4. Каково стандартное лечение данного заболевания (с указанием доз и кратности введения)?
5. Каковы возможные осложнения данного заболевания?

	<p>6. Определите тактику ведения больного. 7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</p> <p><b>Ситуационная задача 9 (рефлюкс-гастрит)</b> Пациентка А. 38 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм.</p> <p>Из анамнеза известно, что 2 года назад перенесла холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен желтоватым налетом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области.</p> <p>В клиническом анализе крови: эритроциты - <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - <math>347 \times 10^9/л</math>, лейкоциты - <math>8,7 \times 10^9/л</math>, СОЭ - 12 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л.</p> <p>Выполнено ФГДС: слизистая желудка умеренно отечна, гиперемирована в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.</li> <li>2. Каков патогенез описанных проявлений?</li> <li>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?</li> <li>4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?</li> <li>5. Сформулируйте план лечения.</li> <li>6. Определите тактику ведения больного.</li> <li>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания печени»</p>	<p><b>Ситуационная задача 10 (Цирроз печени)</b> Больной К. 53 лет, водитель автобуса, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодически тошноту, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, наклонность к запорам.</p> <p>Считает себя больным в течение года, когда стал отмечать общую слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Похудел на 7 кг за последние 6 месяцев. В течение последних 2 месяцев появилось увеличение живота. Злоупотребляет алкоголем в течение 20 лет.</p> <p>Общее состояние средней степени тяжести. Питание умеренное. Кожа бледноватосерого цвета, небольшая желтушность. Единичные сосудистые звездочки на груди. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 76 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень +3 см из-под края реберной дуги, поверхность гладкая, край закруглен, плотный, умеренно болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову – <math>15 \times 12 \times 10</math> см. Размеры селезенки – <math>12 \times 8</math> см. В боковых отделах живота перкуторно определяется наличие свободной жидкости.</p> <p>Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л; лейкоциты – <math>4,5 \times 10^9/л</math>, эозинофилы – 1%, нейтрофилы – 77%, лимфоциты – 26%. СОЭ – 33 мм/час.</p> <p>Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.</p> <p>Биохимические анализы крови: АСТ – 52 ЕД/л, АЛТ – 48 ЕД/л, тимоловая проба – 12 ЕД, общий холестерин – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 36 ммоль/л, прямой – 27 ммоль/л, непрямой – 9 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, альбумины – 45% (29 г/л), глобулины: альфа-1 – 6%, альфа-2 – 16%, бета – 14%, гамма – 26%. Протромбиновый индекс – 70%.</p>

Анализ крови на маркеры вирусов: Hbs антиген, Hbe антиген, антитела к Hbs антигену вируса В, антитела к вирусу С не обнаружены.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, расширение вен нижней трети пищевода до 4 мм в диаметре, слизистая желудка бледновата, рельеф несколько сглажен, двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: варикозное расширение вен нижней трети пищевода. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, гепато- и спленомегалия, расширение портальной вены, наличие свободной жидкости.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Где может лечиться пациент (в поликлинике или стационаре)? Обоснуйте ответ. Назовите показания к госпитализации в стационар.
4. Дайте рекомендации по лечению пациента, обоснуйте выбор препаратов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 11 (Цирроз печени)**

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта

участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лежа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневатый, без патологических примесей. Размеры селезенки - 15×12. Мочевыделение свободное, безболезненное, моча темно-желтая.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×10<sup>12</sup>/л; Hb - 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 98×10<sup>9</sup>/л, лейкоциты – 3,2×10<sup>9</sup>/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л.

Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой

доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузноповышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезенки – 36,1 см<sup>2</sup>. Свободная жидкость в брюшной полости.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

#### **Ситуационная задача 12 (цирроз печени)**

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объеме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звездочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объеме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня реберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см.

Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
5. Какие группы препаратов следует назначить больному?
6. Определите дальнейшую тактику ведения данного пациента
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

#### **Ситуационная задача 13 (Первичный билиарный цирроз)**

Больная В. 47 лет предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, похудание, дискомфорт в правом верхнем квадранте живота.

Больна в течение 5 лет. Лечилась у врача-дерматолога по поводу нейродермита и у врача-гинеколога по поводу климактерической дисфункции яичников.

При обследовании – выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 87,5 мкмоль/л, ЩФ – 413 Ед/л, ГГТП – 62 Ед/л. В общем анализе крови: СОЭ – 25 мм/час.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение следует назначить данному больному?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

#### **Ситуационная задача 14 (Хронический гепатит)**

Мужчина 48 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд.

Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего

характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост – 178 см, вес – 79 кг, ИМТ – 24,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $6,3 \times 10^9/л$ ; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты –  $217 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямого билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л;  $\gamma$ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. При обращении к врачу-терапевту участковому через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Б 1.Б.6.4** Раздел 4.  
«Заболевания  
поджелудочной железы»

**Ситуационная задача 15** (Хронический алкогольный панкреатит)

Мужчина 46 лет, водитель, поступил в приёмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приема Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распираания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налётом. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка непальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные.

Лабораторные

Общий анализ крови: лейкоциты -  $9,6 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

**Ситуационная задача 16** (Хронический панкреатит)

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.



Общий анализ крови: эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты –  $320 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $10,3 \times 10^9/л$ , эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%.

Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес – 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество.

Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л.

Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

#### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Оцените данные копрограммы
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?
5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

#### **Ситуационная задача 17 (хронический панкреатит)**

Больной К. 45 лет, обратился к врачу с жалобами на давящее боли в эпигастральной области, периодически опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, уменьшаются самостоятельно через 30-40 минут, сопровождаются вздутием живота; рвота не приносящую облегчение, отрыжку воздухом; желтушность кожных покровов и склер, стул белого цвета; появление мочи "цвета пива".

Анамнез заболевания: больным себя считает около года когда появилась боль в правом подреберье, желтушность склер после приема алкоголя, жирной и копченой пищи. За медицинской помощью не обращался. Постепенно симптомы прошли самостоятельно. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота не приносящая облегчения, желтушность кожи и слизистых, кал стал обесцвеченным и моча "цвета пива". Вызвал КСМП, доставлен в больницу.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=72 в мин. Язык влажный обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень на пальпируется, размеры по Курлову 9х8х7см, пузырьные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , Нб – 136 г/л, ЦП – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч; тромбоциты –  $320 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $10,3 \times 10^9/л$ , э-3,п-4,с-51,л-32,м-10.

ОАМ: темно-желтая, прозрачная, кислая, уд.вес 1016, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эпителий – 3-4 в п/зр, оксалаты – небольшое количество, билирубин +++.

Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 ед/л; АЛТ – 38 ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л, общий билирубин – 49,0 мкмоль/л; прямой – 39,0 мкмоль/л; не прямой – 10,0 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л.

Копрограмма: цвет - серовато-белый, консистенция - плотная, запах - специфический, мышечные волокна +, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла+++, крахмал++, перевариваемая клетчатка++, соединительная ткань - нет, слизь - нет, стеркобилин - нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии, складки хорошо выражены. Луковица 12 п.к. без особенностей.

УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток 2 мм, головка увеличена в объеме(35 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо выполнить данному больному?
4. Какие группы препаратов могут быть использованы для лечения данного больного?
5. Каковы возможные осложнения у данного заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 18 (Хронический алкогольный панкреатит)**

В кабинет врача-терапевта участкового обратился мужчина 55 лет, злоупотребляющий алкоголем, курильщик, с жалобами на боли в глубине живота, распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящиеся до 3 часов, усиливающиеся в положении лежа на спине, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперед, подтянув ноги к груди. Иногда боли иррадиируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота. После каждого приема пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный, иногда водянистый стул, содержащий капли жира.

Отмечает снижение массы тела.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
3. Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?
4. Каковы основные задачи консервативного ведения/лечения пациентов с данным заболеванием?
5. Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного больного.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 19 (Хронический кальцифицирующий панкреатит)**

Больной П. 54 лет, слесарь, жалуется на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приема еды и иррадиирующие в подлопаточное пространство, беспокоит постоянное подташнивание, отрыжка воздухом, снижение аппетита, быстрое насыщение, вздутие живота, после отхождения газов боли уменьшаются на короткое время. В последние полгода периодически стул со склонностью к поносам.

Анамнез заболевания: в течение 25 лет часто употребляет алкоголь, за это время перенес острый панкреатит, сопровождавшийся интенсивными болями, повторной рвотой.

При обследовании в хирургическом отделении выявлено увеличение поджелудочной

железы в размерах, жидкость в сальниковой сумке. Лечился консервативно в течение месяца, за время болезни похудел на 10 кг. Выписан с рекомендациями, которые больной не соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольших количествах. Боли возникали часто, а в дальнейшем стали

постоянными. Стал снижаться аппетит, возникло периодическое подташнивание, отрыжка, быстрое насыщение, вследствие чего больной снизил объем потребляемой пищи. Постепенно стул стал со склонностью к кашицеобразному, плохо смывался со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически принимал Мезим, Микразим с частичным эффектом, при усилении боли использовал Но-шпу. Последнее ухудшение 2 недели назад после четырехдневного приема алкоголя (водка 200 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчетливая тошнота, позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение.

Объективно: кожа чистая, тургор нормальный. Вес - 73 кг, ИМТ - 18,5.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отр. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; в зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо - Робсона.

При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательны. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $11,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 35%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л, мочевины - 4,7 ммоль/л.

Копрограмма: объем утренней порции - 400 грамм, консистенция в виде жидкой каши. Нейтральный жир +++, жирные кислоты, мыла жирных кислот ++, мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью +++, бактерии - большое количество. Фекальная эластаза - 100 мкг/г испражнений.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая пищевода без изменений. Слизистая желудка в теле розовая, ровная, в антральном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отечна.

УЗИ брюшной полости: жидкости брюшной полости нет. Пневматизация кишечника повышена. Печень не увеличена, структура неоднородная, повышенной эхогенности. Желчный пузырь обычной формы, содержимое эхонегативное. ОЖП - 6 мм. Поджелудочная железа: головка - 35 мм (до 30), тело - 32 мм (до 17), хвост - 37 мм (до 20). Структура диффузно неоднородная, пониженной эхогенности. В структуре железы определяются кальцинаты, наиболее крупный из них в проекции головки поджелудочной железы. Вирсунгов проток определяется в области хвоста, размером 3 мм. Селезенка нормальных размеров.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обозначьте цели патогенетической терапии. Препараты какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите меры профилактики обострения заболевания.
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Б 1.Б.6.5** Раздел 5.  
«Заболевания желчного  
пузыря и  
желчевыводящих путей»

**Ситуационная задача 20 (ПХЭС)**

Больная С. 47 лет на приеме врача-терапевта участкового по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>. Голени пастозны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук.

Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 156/85 мм рт. ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффера. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15×13×11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?
4. Определите тактику ведения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 21 (Хронический бескаменный холецистит)**

Женщина 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом.

Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 170 см, вес – 72 кг; ИМТ – 24,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные,

приглушены. ЧСС – 72 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,6 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $11,2 \times 10^9 /л$ ; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Нв – 141 г/л; тромбоциты –  $215 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 19 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен.

Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсокароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. При повторном обращении к врачу-терапевту участковому через 1 месяц после лечения пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение общей слабости, болей в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжки воздухом, нормализацию стула. Объективно: язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа – отрицательные. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови - в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

#### **Задача № 22**

Больная В., 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и плечо, возникают после приема жирной пищи, длятся до 2-х часов, проходят самостоятельно. Стул один раз в три –четыре дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после употребления алкоголя и жирной пищи возникли боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала ношпу. С этого времени после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились запоры. Сегодня после употребления алкоголя и

	<p>жареной пищи возобновились боли, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник.</p> <p>Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.</p> <p>Профессиональный анамнез: работает продавцом в продуктовом магазине, часто не регулярный прием пищи, употребление жирной и жареной пищи.</p> <p>Вредные привычки: не курит, алкоголь – редко в небольших количествах.</p> <p>Наследственность: у мамы – хронический холецистит, у отца – ЖКБ.</p> <p>Ведет малоподвижный образ жизни.</p> <p>Аллергологический анамнез не отягощен.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые розового цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка - 6см, по средне-ключичной линии – 4см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно- жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Эластичной консистенции, подвижность сохранена. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 9 x 7см. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненная. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Предварительный диагноз?</li> <li>2.План обследования?</li> <li>3.План терапии?</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b> Раздел 6. «Заболевания тонкого и толстого кишечника»</p>	<p><b>Ситуационная задача 23</b> (Язвенный колит)</p> <p>Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.</p> <p>Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При</p>

аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Моченспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты –  $2,7 \times 10^{12}/л$ , Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты –  $270 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $7,0 \times 10^9 /л$ , эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения.

Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации?

Обоснуйте свой выбор.

5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

#### **Ситуационная задача 24 (Целиакия)**

Пациентка С. 22 лет направлена в стационар для обследования с жалобами на выраженную слабость, диарею до 3-4 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту, постоянную жажду. Пациентка считает себя больной в течение 6 лет, когда впервые появилась диарея до 5-6 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отеки на ногах. Периодически проходила нормализация стула на фоне приема противодиарейных препаратов. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена.

Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счет выраженной слабости, сознание ясное. Рост – 163 см, вес – 45 кг. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастальной, околопупочной областях. Печень, селезенка не увеличены. Определяются небольшие отеки голеней до 2/3.

Лабораторные исследования: гемоглобин – 89 г/л, эритроциты –  $3,72 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $6,1 \times 10^9/л$ , тромбоциты –  $266 \times 10^9/л$ , СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Глюкоза крови: 8:00 – 4,5 ммоль/л, 13:00 – 7,0 ммоль/л, 22:00 – 11,9 ммоль/л. Гликолизированный гемоглобин - 9,3%. Биохимические показатели: билирубин общий – 23,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л,  $\gamma$ -ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфатаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевины – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) - 135 Ед/мл.

ФГДС. Пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые желтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник

проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отечная, в просвете желчь.

Консультация проктолога: жалобы на периодическую диарею, временами с примесью слизи. Проведена ректороманоскопия. Патологических изменений не выявлено.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

**Ситуационная задача 25 (Язвенный колит)**

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15 в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки.

Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - 13,0×10<sup>9</sup> /л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л.

Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная.

Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какие антицитокнины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?
5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?
6. Тактика ведения при данном заболевании
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании

**Ситуационная задача 26 (Язвенный колит)**

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры



тела до 37,5°C, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны легких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты -  $3,4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты -  $10,0 \times 10^9/л$ , СОЭ - 25 мм/час.

Анализ мочи - без патологии.

Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезеночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику лечения больной.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 27 (Неспецифический язвенный колит)**

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5 °С, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты -  $11 \times 10^9/л$ , тромбоциты -  $350 \times 10^9/л$ , СОЭ - 30 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте тактику ведения.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 28 (целиакия)**

Студентка 21 года обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодическую диарею, боль и вздутие живота в течение последних 6 месяцев, необъяснимую потерю веса (около 5 кг).

Заметила, что диарея становится не такой выраженной, если она перестает с едой употреблять хлеб. Также беспокоена зудящей сыпью на разгибательных поверхностях обеих локтей, спонтанно образующимися небольшими кровоизлияниями в кожу. Отмечает, что начала чувствовать общую слабость и недомогание последний месяц. При осмотре температура тела - 36,8 °С, ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 115/75 мм рт. ст., ЧДД - 16 в минуту, сатурация O<sub>2</sub> - 99%.

Из анамнеза: болеет сахарным диабетом I типа.

По данным общего анализа крови, сывороточного железа, ферритина, свободного трансферина, установлена железодефицитная анемия.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте тактику ведения.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 29**(Синдром раздраженного кишечника)

Больная Ф. 27 лет предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки с примесью слизи, в основном, в утреннее время суток, периодически – чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли.

Вышеуказанные жалобы беспокоят около трех лет, после развода с мужем.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается разлитая пальпаторная чувствительность всего живота. Размеры печени по Курлову в пределах нормы.

Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ – без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 30** (Язвенный колит)

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал Смекту, Мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием Но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал Левомецетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела – 36,8°C, рост – 178 см, вес - 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД - 18 в 1 минуту. Сердце - тоны звучные, ритм правильный. ЧСС - 92 в 1 минуту.

АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налетом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчетливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подреберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезенки по Курлову: 10×8×7 см и 6×4 см соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты -  $3,02 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 103 г/л, МСН - 23р/г, МСНС - 300 г/л, лейкоциты -  $12,6 \times 10^9/л$ , СОЭ - 38 мм/час.

Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты - до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин - 532 мкг/г. Общий белок сыворотки - 62,3 г/л, альбумины - 49,3%, глобулины - 50,7%, СРП - 95 мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отечна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 31 (Язвенный колит)**

Больная А., 25 лет, обратилась в клинику с жалобами на частый (до 10-15 раз в день) кашицеобразный стул с примесью крови, на схваткообразные болевые ощущения в левой подвздошной области, усиливающие при акте дефекации, слабость, похудание (на 8 кг за 3 месяца).

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Отмечается снижение массы тела. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=100 в мин. Живот при пальпации болезненный в левой подвздошной области, отмечается напряжение передней брюшной стенки. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, с примесью слизи и крови. Мочевыделение не нарушено.

Общий анализ крови: эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 73 г/л, лейкоциты  $8 \times 10^{12}/л$ , СОЭ 50 мм/ч, гематокрит 25%. Общий белок 55 г/л.

Копрограмма: кал кашицеобразный с примесью крови, лейкоциты 30 в п/зр, эритроциты 15-20 в п/зр, эпителий знач, детрит ++.

Колоноскопия: слизистая оболочка толстой кишки на всем протяжении гиперемирована, отечна с множественными изъязвлениями, сосудистый рисунок не прослеживается, отмечается контактная кровоточивость.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание имеется у больной?
2. С какими заболеваниями кишечника следует провести дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение и обследование в соответствии со стандартами диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения с позиции доказательной медицины.
4. Определите тактику ведения больного.
5. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Б 1.Б.6.7** Раздел 7.  
«Современные методы  
диагностики и лечения»

**Ситуационная задача 32** (Язвенная болезнь желудка)

Больной А. 44 лет, ведущий инженер шахты, жалуется на периодические боли в собственно эпигастрии, больше справа, которые возникают через 20-30 минут после еды и значительно уменьшаются или исчезают через 1,5-2 часа. Отмечает изжогу, иногда горечь во рту, аппетит сохранен, стул нормальный 1 раз в сутки. Пациент отметил, что лучше переносит молочную пищу.

Анамнез заболевания: в течение нескольких лет отмечал дискомфорт в собственно эпигастрии после кислой, копченой, соленой пищи. Принимал ферменты, указанные явления исчезали. В последние месяцы испытывал перегрузки на работе (ночные смены), стрессы (предавварийные ситуации на шахте). Стал отмечать боли вначале тупые умеренные, которые снимались Алмагелем, молоком. В дальнейшем боли усилились, особенно после приема пищи, независимо от ее качества. Появилась изжога, которая часто сопровождалась горечью во рту. Снизил объем принимаемой пищи, однако боль прогрессировала, госпитализирован в отделение.

Курил по ½ пачки в день, последние 5 лет не курит.

Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Границы сердца в норме. ЧСС - 70 ударов в минуту, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастрии. При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 148 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $7,6 \times 10^9$  /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 4,4 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая в пищеводе без изменений. В средней трети желудка по малой кривизне имеется язвенный дефект стенки (слизистая и подслизистая) до 1,2 см, дно дефекта выполнено фибрином, края дефекта приподняты, отечные. На остальном протяжении в желудке имеются очаг неяркой гиперемии. ДПК без изменений. Взята биопсия 4 кус. При взятии биопсии из краев язвы отмечается умеренная нейтрофильная инфильтрация и отек.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики обострения заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 33** (Язвенная болезнь 12-перстной кишки)

Мужчина 29 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодические боли в эпигастриальной области ноющего характера, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, «ночные боли», иногда – изжогу, тошноту, запоры. Данные боли беспокоят в течение 2 лет, но в последнее время участились. Боль снимается приемом антацидных препаратов (Маалокс) и небольшого количества пищи. Не обследовался.

Работает водителем автобуса, режим питания не соблюдает.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 60 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налетом.

Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы Ортнера, Василенко отрицательные. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 34 (НПВП – ассоциированная гастропатия)**

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъем на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приема ношпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления черного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенес инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил прием крестора.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м<sup>2</sup>, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голены пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 минуту. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезенки по Курлову: 11×9×8 см и 6×4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты - 3,11×10<sup>12</sup>/л, Hb - 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC – 300 g/l, лейкоциты - 5,6×10<sup>9</sup>/л. СОЭ - 8 мм/час.

Общий холестерин - 7,8 ммоль/л, триглицериды - 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 минуту; RI> RII> RIII, в I, avL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 35 (Язвенная болезнь)**

Пациент С. 45 лет, инженер, жалоб на момент осмотра не имеет. Лечился в амбулаторных условиях по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной

кишки, впервые выявленной. По данным эзофагогастродуоденоскопии был дефект слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 0,4 см. Язва зарубцевалась.

Общее состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС – 72 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты –  $6,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 70%,

лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес – 1018, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Тест на Нр после эрадикационной терапии (–).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите тактику ведения больного.
3. Дайте подробные рекомендации по медикаментозной профилактике рецидивов. Обоснуйте Ваше решение.
4. Назовите показания к профилактике рецидивов «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии.
5. Укажите длительность диспансерного наблюдения, составьте алгоритм (схему динамического наблюдения).
6. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.

**Ситуационная задача 36 (Цирроз печени)**

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 Ед. два раза в сутки, ношпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 74 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $6,7 \times 10^9$ /л; нейтрофилы –  $4,4 \times 10^9$ /л; лимфоциты –  $1,5 \times 10^9$ /л; моноциты –  $0,46 \times 10^9$ /л; эозинофилы –  $0,28 \times 10^9$ /л; базофилы –  $0,06 \times 10^9$ /л; Нв – 144 г/л; тромбоциты –  $242 \times 10^9$ /л; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 218 ед/л; АСТ – 157 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; альфа-1-глобулины – 2,8 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 6,7 г/л; γ-глобулины – 17 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,3 ед/л;

	<p>ферритин – 55 мкг/л; трансферрин – 2,4 г/л; калий – 3,6 ммоль/л; Na–137 ммоль/л; амилаза – 42 ед/л; железо – 20,7 мкмоль/л; ХС – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 188 мг/л. ПТИ – 57%.</p> <p>Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): антиНСV– положительный; HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование НCV: генотип 1 – положительный.</p> <p>Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови - 7,2 г/л. Молекулярно-биологические исследования: ПЦР: РНК ВГС – положительный; количественный анализ РНК ВГС – 31000 МЕ/мл.</p> <p>Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени.</p> <p>При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.</p> <p>Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.</li> <li>5. Через 4 недели терапии пациент отметил улучшение самочувствия, уменьшение общей слабости; уровень РНК ВГС (количественный анализ) составил 24 МЕ/мл. Биохимия крови: АЛТ – 108 ед/л, АСТ – 72 ед/л, ГГТП – 29 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ - 60%; общий анализ крови – в пределах нормы. При оценке по шкале Бека депрессии не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</li> <li>6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8. «Онкогастроэнтерология»</p>	<p><b>Задача № 37</b></p> <p>Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически мазевидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба. Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела.</p> <p>Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы. Профессиональный анамнез: инженер. Питается нерегулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез неотягощен. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м<sup>2</sup>. Отеков нет.</p> <p>Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания.</p> <p>При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются</p>

	<p>все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускультоаффрикции нижняя граница желудка на 2см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6 x 4см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Наиболее вероятный диагноз</li> <li>2.План обследования</li> <li>3.Тактика врача</li> </ol> <p><b>Задача №38</b></p> <p>У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания : исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Предполагаемый диагноз</li> <li>2.План обследования?</li> <li>3.Лечебная тактика?</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9. «Онкогепатология»</p>	<p><b>Задача №39</b></p> <p>60-летняя женщина с незначительной анорексией, снижением веса на 10 кг и желтухой. За последние 2 недели моча стала темной, а кал посветлел. Физикальное обследование выявляет иктеричность и гепатомегалию средней степени. Рентгенограммы дают увеличение фатерова соска.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие первоочередные исследования необходимо выполнить с целью уточнения диагноза?</li> <li>2. Предварительный ддиагноз?</li> <li>3. Тактика врача?</li> </ol> <p><b>Задача №40</b></p> <p>Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически мазевидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба. Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела. Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы. Профессиональный анамнез: инженер. Питается нерегулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м<sup>2</sup> . Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат –без патологии. ЧД 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные,</p>



ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускульто-аффрикции нижняя граница желудка на 2см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6 x 4см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.<sup>56</sup> Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эритроциты  $-2,3 \cdot 10^{12}/л$ , Hb  $-75 г/л$ , ЦП  $-0,8$ , СОЭ  $-18 мм/ч$ , тромбоциты  $-320 \cdot 10^9 /л$ , лейкоциты  $-4,3 \cdot 10^9 /л$ : э-3%, п-4%, с-51%, лф-32%, м-10%. 2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар -нет, лейкоциты-1-2, эпителий -3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры -нет, оксалаты -небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза  $-4,3 ммоль/л$ , фибриноген  $-2,4 г/л$ , протромбиновый индекс  $-90%$ , АСТ  $-0,38 ммоль/л$ , АЛТ  $-0,36 ммоль/л$ , холестерин  $-3,5 ммоль/л$ , билирубин общий  $-19,0 мкмоль/л$ , прямой  $-4,0 мкмоль/л$ , не прямой  $-15,0 мкмоль/л$ , амилаза  $-5,7 г/л$  ч, креатинин  $-0,07 ммоль/л$ , общий белок  $-55 г/л$ , альбумины  $-44%$ , глобулины  $-56%$ :  $\alpha 1 -5%$ ,  $\alpha 2 -10%$ ,  $\beta -15%$ ,  $\gamma -26%$ . 4. Копрограмма: коричневый, мягкой консистенции, запах -специфический, мышечные волокна  $-++$ , нейтральный жир  $-+$ , жирные кислоты и мыла  $-+$ , крахмал  $-+$ , перевариваемая клетчатка  $-++$ , соединительная ткань  $-++$ , слизь -нет, стеркобилин  $-+$ , билирубин -нет. 5.ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка. 6. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка не изменены. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров, пустой. Слизистая тусклая, с участками атрофии, складки ригидны, в области тела по большой кривизне определяется возвышение с бугристой поверхностью, плотное, контактно кровоточит. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи. 7. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, повышенной эхогенности, внутрпеченочные желчные протоки и вены не расширены, общий желчный проток 7мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 2мм.

Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 1мм. Селезенка нормальных размеров, однородная, эхогенность в норме. Конкременты и объемные образования не визуализируются.

#### *Вопросы*

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития субфебрильной температуры тела.
4. Объясните механизм развития мелены.
5. Опишите изменения желудка, которые будут выявлены.
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Оцените данные ФГДС.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

<p><b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10. «Ургентная гастроэнтерология»</p>	<p><b>Задача №41</b> Больная 57 лет, поступила в состоянии средней тяжести, с интенсивной желтухой и кожным зудом. Билирубин — 416 мкмоль/л, холестерин 9,2 мкмоль/л, ЩФ — 490 Ел/л, АЛТ- 4 нормы, АСТ- 3 нормы. Печень увеличена на 4 см, уплотнена, резко болезненна. Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. В течение многих лет постоянно принимала седативные, транквилизирующие препараты, фуросемид, анальгетики, НПВС, травяные БАДы. Незадолго до начала заболевания по поводу пневмонии назначался Амоксилав, самостоятельно принимала парацетамол, аспирин.</p> <p><b>Вопросы:</b> 1.Ваш предварительный диагноз? 2.Тактика обследования? 3.Лечебная тактика?</p> <p><b>Задача №42</b> Сорокапятилетняя больная, поступила в клинику через 24 часа после начала заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастрии и правом подреберье. Страдает язвенной болезнью желудка в течение 12 лет, безуспешно лечилась, обострения в весенне-летний период. Общее состояние средней тяжести. Пульс до 60 в минуту, артериальное давление 110 мм ртутного столба. Живот болезнен и напряжен в эпигастрии и в правом подреберье. Положительные симптомы раздражения брюшины. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости свободного газа под куполом диафрагмы не найдено. Лейкоцитов – 12 тысяч, сдвига формулы нет.</p> <p><b>Вопросы:</b> 1.Ваш предположительный диагноз? 2.Какие дополнительные диагностические приемы необходимо использовать для правильной постановки диагноза? 3.Лечебная тактика?</p> <p><b>Задача №43</b> Двадцатилетний больной, поступил в клинику через 3 часа после появления резких болей в эпигастрии, тошноты, рвоты не отмечает. При обследовании умеренная тахикардия, со стороны грудной клетки в пределах возрастной патологии. При пальпации живот напряжен во всех отделах, перкуторно – тимпанит над поверхностью печени. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости – полоска газа под правым куполом диафрагмы.</p> <p><b>Вопросы:</b> 1.Предварительный диагноз? 2.План обследования? 3.Лечебная тактика</p>
<p><b>Б 1.Б.6.11</b> Раздел 11. «Особенности поражения органов пищеварения при других заболеваниях»</p>	<p><b>Задача №44</b> Больной Г., 45 лет, жалуется на ноющие боли в правом подреберье, постоянные, уменьшаются после приема но-шпы через 30-40 минут, слабость, недомогание, снижение аппетита, сонливость днем и бессонницу ночью, снижение веса (на сколько и за какой период времени -уточнить не может), периодически кровоточивость десен и геморроидальных узлов.</p> <p>Считает себя больным около 5 лет, когда стали возникать боли в правом подреберье, проходили самостоятельно. За медицинской помощью не обращалась. Около года назад присоединились слабость, недомогание, ухудшился аппетит, стал замечать снижение массы тела. Месяц назад присоединилась кровоточивость десен и геморроидальных узлов. В анамнезе злоупотребление алкоголем.</p> <p>Перенесенные заболевания: ОРВИ, хронический бронхит курильщика. Профессиональный анамнез: работает слесарем. Питается не регулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки: курит в течение 15 лет по 1 пачке сигарет в день, часто употребляет крепкие алкогольные напитки. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета,</p>

нормальной влажности, тургор и эластичность снижены, на груди множественные телеангиэктазии до 0,5–1,0 см в диаметре, гиперемия тенора и гипотенора, обеих ладонных поверхностей. Подкожно жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно, гинекомастия. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц снижены, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 78 в мин., удовлетворительных качеств. АД 110/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 78 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот увеличен в размерах, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания, по боковым поверхностям живота определяется расширенный венозный рисунок. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации положительный. Пальпация всех отделов толстого и тонкого кишечника затруднена, область пальпации безболезненна. При глубокой пальпации определяется болезненность при пальпации печени +2см из под края реберной дуги по среднеключичной линии, размеры по Курлову 13 11 10 см, пузырьные симптомы отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Селезенка пальпаторно не определяется, размеры по Курлову 9 x 7см, область пальпации безболезненная. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

**Вопросы:**

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.План обследования?
- 3.План лечения?

**Задача №45**

Больной Ш., 45 лет, инженер, жалуется на прогрессирующее пожелтение кожных покровов, слабость, снижение работоспособности, периодические баз видимых причин ноющие боли в правом подреберье, длительные тупые головные боли без четкой локализации, запоры. Из анамнеза заболевания. Считает себя больным около 4 лет, когда стал замечать появление вялости, небольшой желтушности кожных покровов. Тогда же появились острые боли в правом подреберье, по поводу чего пациент был госпитализирован; диагностирован холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, проведено лечение – без существенного эффекта. Больной стал отмечать снижение памяти, зябкость рук и ног, выпадение волос, одышку смешанного характера при подъеме на 2-й этаж. Слабость, апатия прогрессировали, в течение последнего года присоединились запоры. Больной обследовался в связи с подозрением на онкологический процесс, опухоли не выявлены.

Объективно: рост 175 см, вес 75 кг. Речь замедлена. Голос сиплый. Лицо амимично, периорбитальная отечность, одутловатость губ. Кожа с каротинным оттенком, холодная на ощупь, сухая, гиперкератоз локтей. Волосы на голове тусклые, редкие. Склеры чистые. Пальцы утолщены. ЧД 16 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 55 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный, увеличен в размерах, с отпечатками зубов. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется; размеры по Курлову 9 8 7 см. Симптом поколачивания отрицательный. При осмотре шея утолщена, щитовидная железа видна при глотании. При пальпации щитовидная железа увеличена обеими долями, плотная, безболезненная, бугристая, подвижная; регионарные лимфоузлы не пальпируются.

**Вопросы:**

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.План обследования?

	<p>3.План лечения?</p> <p><b>Задача №46</b></p> <p>Б-й 24 лет, страдает шизофренией, жалуется на боли в животе. Утверждает, что боли появились через 2 часа после еды, когда он случайно проглотил 2 швейных иглы, якобы подложенные ему в пищу. Пульс - 68 в мин. Язык суховат. Живот умеренно напряжен и болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Слабо положительный симптом Ортнера. При обзорном рентгенологическом обнаружена лишь узкая серповидная полоска газа под правым куполом диафрагмы, патологических теней не выявлено.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Предварительный диагноз?</li> <li>2.План обследования?</li> <li>3.План лечения?</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.13</b> Раздел 13. «Гастроэнтерологическая помощь в амбулаторных условиях»</p>	<p><b>Ситуационная задача 47 (атрофический гастрит)</b></p> <p>Пациент К. 29 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на частые слабые ноющие боли в эпигастриальной области, уменьшающиеся после приема пищи, чувство быстрого насыщения, отрыжку кислым. Также отмечает общую слабость, неустойчивость стула.</p> <p>Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 5 лет, текущее ухудшение самочувствия - 1,5 недели назад. Самостоятельно принимал антациды с кратковременным положительным эффектом.</p> <p>При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области.</p> <p>В клиническом анализе крови: эритроциты - <math>4,8 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 140 г/л, цветовой показатель - 0,87, тромбоциты - <math>380 \times 10^9 /л</math>, лейкоциты - <math>7,2 \times 10^9 /л</math>, СОЭ - 16 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: АЛТ - 21 Ед/л, АСТ - 18 Ед/л, амилаза - 53 Ед/л, щелочная фосфатаза - 78 Ед/л.</p> <p>Выполнено ФГДС: в просвете желудка большое количество слизи. Явления умеренной атрофии в пилорическом отделе желудка, отек и гиперемия в фундальном отделе желудка. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Хелпил-тест +++.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Есть ли необходимость проведения эрадикационной терапии в данном случае?</li> <li>3. Предложите план лечения.</li> <li>4. Какие факторы естественной защиты слизистой оболочки желудка и факторы агрессии Вы знаете?</li> <li>5. Какие осложнения данного заболевания возможны в случае отсутствия специфического лечения?</li> <li>6. Определите тактику ведения больного.</li> <li>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol> <p><b>Ситуационная задача 48 (Язвенная болезнь ДПК)</b></p> <p>Больной А. 64 лет, работающий пенсионер (ведущий инженер шахты), жалуется на периодические боли в собственно эпигастрии больше справа через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, изжогу, кислую отрыжку. Боли носят локальный характер, не иррадиируют, уменьшаются после молочной пищи.</p> <p>Анамнез заболевания: в течение 2 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приемом молока, иногда Маалокса и Алмагеля. Полгода тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и Маалокс. В течение трех месяцев клинические проявления отсутствовали, в последнее время вновь появились и усилились боли, особенно ночные, изжога и отрыжка возникали ежедневно. Накануне госпитализации была двукратная рвота содержимым желудка, а затем</p>

желчью. Больной курит, последние 3 года по 2 пачки сигарет в день. Работа связана с суточными дежурствами. Отец оперирован по поводу желудочного кровотечения (причину не знает).

Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие без патологических изменений. Расширена левая граница сердца до левой среднеключичной линии. Уплотнены стенки лучевых артерий (пальпируются в виде плотных тяжей). Пульс – 70 уд в минуту, высокий, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в собственнo эпигастрии. При пальпации отделы кишечника не изменены. Печень по краю реберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи, Орнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ – 4 мм/час, эритроциты –  $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $7,6 \times 10^9$  /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 82 г/л, общий билирубин – 16,4 (прямой – 3,1; свободный – 13,3) ммоль/л, холестерин – 3,9 ммоль/л, калий – 4,4 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л, сахар – 4,5 ммоль/л.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отека и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы – послезвенный рубец звездчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером  $10 \times 12$  мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистой ДПК с очагами гиперемии.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 месяца поддерживающей терапии клинические явления болезни исчезли полностью, при ФЭГДС на месте язвы белый рубец, из очагов отека и гиперемии в желудке взят материал для цитологического исследования, выявлен Н. р. в большом количестве. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

#### **Ситуационная задача 49 (Цирроз печени)**

Мужчина 49 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост - 177 см, вес - 79 кг, ИМТ - 25,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В легких дыхание

везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС - 72 в 1 минуту; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $6,5 \times 10^9/л$ ; нейтрофилы –  $4,5 \times 10^9/л$ ; лимфоциты –  $1,3 \times 10^9/л$ ; моноциты –  $0,44 \times 10^9/л$ ; эозинофилы –  $0,2 \times 10^9/л$ ;

базофилы –  $0,06 \times 10^9/л$ ; Hb – 145 г/л; тромбоциты –  $232 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 23 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ед/л; АСТ – 155 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л;  $\gamma$ -глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na – 138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%.

Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, D в сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G в сыворотке крови – 7,0 г/л; молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл.

Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

5. Через 6 месяцев постоянного лечения концентрация ДНК ВГВ – 10 МЕ/мл. Серологическое исследование (ИФА): HBsAg (-); анти-HBs (+); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-). Биохимия крови: АЛТ – 78 ед/л, АСТ – 52 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ – 60%; креатинин – 72 мкмоль/л. Общий анализ крови – в пределах нормы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

#### **Ситуационная задача 50 (лактазная недостаточность)**

Пациент 40 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, метеоризм, кашицеобразный, иногда водянистый, пенистый стул, который иногда чередуется с запорами, также отмечает общую слабость.

Свое состояние связывает с приемом молока, хотя в детстве подобного не замечал. Симптомы появились после холецистэктомии по поводу гангренозного холецистита, с развитием в послеоперационном периоде динамической кишечной непроходимости, по поводу чего была выполнена резекция тонкой кишки. АД – 110/60 мм рт. ст., PS – 89 ударов в минуту, ЧДД – 18 в минуту, температура тела – 36,7 °С.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Перечислите методы лабораторной диагностики данного заболевания.
3. Каковы основные принципы лечения данного заболевания?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Перечислите основные причины данного состояния.
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 51 (Болезнь Крона)**

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Доставлен в приемное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отеочной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменен. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2 раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела. Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $12,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

	<p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p> <p>4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.</p> <p>5. Каков прогноз при данном заболевании?</p> <p>6. Определите тактику ведения больного.</p> <p>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</p>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 11.Тест

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

#### 12.Ситуационная задача

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

#### 13.Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям	<p>1. Краткость</p> <p>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p>



<p style="text-align: center;"><b>Хорошо (4)</b></p> <p><b>-пяти</b> или <b>шести</b> критериям</p> <p style="text-align: center;"><b>Отлично (5)</b></p>	<p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
---	---

#### 14.Собеседование

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

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами  
компетенций рабочей программы дисциплины «Гастроэнтерология»**

<b>Формируемые компетенции по ФГОС</b>	<b>Т – тестирование</b>	<b>ЗС – решение ситуационных задач,</b>	<b>КР – контрольная работа,</b>	<b>С – собеседование по контрольным вопросам.</b>	<b>Пр – оценка освоения практических навыков (умений) <b>если применимо к РП!!!</b></b>
	<b>Тесты</b>	<b>Задачи</b>	<b>Вопросы для контрольной работы</b>	<b>Вопросы для собеседования</b>	<b>Практические навыки и их перечня</b>

<b>У</b>	<b>1</b>	1-180	1-51	1-136	1 - 106	
<b>П</b>	<b>1</b>	4, 6, 7, 12-14, 17, 20-23, 25-27, 30, 31, 41, 42, 49, 51, 55, 56, 61, 62, 66, 67, 71-75, 78-82, 85-90, 102-110, 112-120, 122, 126-132, 134, - 139, 141-148, 150-153, 155-161, 163-168, 173-175, 177, 178, 180,	1-51	1 - 10, 12 - 26, 28 - 53, 55 - 70, 92 - 136	1 - 106	
	<b>2</b>		1-51	1 - 10, 12 - 26, 29 - 44, 47 - 53, 59 - 70, 127 - 136	1- 24, 26 - 30, 32 - 40, 42, 46 - 55, 101 - 106	
	<b>4</b>		-	127 - 136	101 - 106	
	<b>5</b>	1, 2, 15, 16, 18, 24, 26, 28,29, 3-40, 43- 45, 48, 50, 52-54, 60, 65, 68, 70, 77, 83, 91-101, 111, 124, 149, 167, 168, 171- 173,	1-51	1- 27, 29 - 44, 47 - 70, 78 - 82, 84 - 89, 92 - 126, 128 - 130, 132 - 136	1 - 55, 59 - 64, 67 - 86, 88 - 106	
	<b>6</b>	3, 5, 8, 9, 10, 11, 19, 46, 47, 57, 58, 59, 63, 64, 69, 76, 84, 121, 123, 125, 133, 140, 154, 162, 169, 170, 176,	1-51	1 - 10, 12 - 26, 29 - 44, 47 - 53, 55, 57 - 77, 83, 90 - 126, 130 - 136	1- 4, 6 - 13, 15 - 24, 26 - 30, 32 - 40, 42, 44 - 58, 65 - 86, 88 - 100, 106	
	<b>8</b>		1-51	1 - 10, 12 - 26, 29 - 44, 47 - 53, 55, 57, 58 - 70, 91, 133 - 136	1- 24, 26 - 30, 32 - 40, 42, 44 55, 66, 88 - 94	

9			1 – 10, 12 – 26, 29 – 44, 47 – 53, 55, 57 - 70, 127, 130, 132 - 136	1- 24, 26 – 30, 32 – 40, 42, 44 – 55, 88 - 94	
	10	1-51			
10		-	127 - 136	101 - 106	

**Фонд оценочных средств по дисциплине «Терапия»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.</b> «Терапия»</p>	<p>137. Ишемическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Классификация, Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.</p> <p>138. Стенокардия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (медикаментозное, хирургическое). Показания к реваскуляризации. Методы реваскуляризации.</p> <p>139. Инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина (типичные и атипичные формы). Диагностика и дифференциальная диагностика.</p> <p>140. Лечение неосложненного инфаркта миокарда.</p> <p>141. Диагностика и лечение осложнений инфаркта миокарда. Тактика ведения больного на догоспитальном и госпитальном этапах.</p> <p>142. Реабилитация, диспансеризация больных перенесших инфаркт миокарда, медико – социальная экспертиза.</p> <p>143. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез, факторы риска. Классификация, оценка факторов риска, факторы, определяющие сердечно – сосудистый прогноз, клиническая картина, диагностика.</p> <p>144. Особенности лечения артериальной гипертензии у отдельных групп больных.</p> <p>145. Тактика ведения больных при осложненном и не осложненном гипертоническом кризе.</p> <p>146. Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины. Диагностика. Принципы лечения.</p> <p>147. Злокачественная артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика. Лечение с позиций доказательной медицины</p> <p>148. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Современные методы диагностики: клиническая, лабораторная, инструментальная.</p> <p>149. Клинические варианты сердечной недостаточности. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности с позиций доказательной медицины. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.</p> <p>150. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.</p>
---	---

	<p>151. Принципы и методы современной терапии ревматоидного артрита.</p> <p>152. Диспансеризация больных с ревматоидным артритом, МСЭ.</p> <p>153. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение, нозологические формы. Этиология, патогенез, классификация, степени тяжести. Осложнения.</p> <p>154. Особенности течения хронической обструктивной болезни легких в подростковом и пожилом возрасте. Дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>155. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>156. Пневмония. Клиника первичных, госпитальных, атипичных пневмоний. Осложнения. Лечение пневмоний, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>157. Особенности течения пневмоний в подростковом и пожилом возрасте.</p> <p>158. Гломерулонефриты. Классификация, клинические варианты течения, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, прогноз.</p> <p>159. Хроническая болезнь почек. Понятие, эпидемиология. Факторы риска. Диагностика. Прогноз. Общие принципы ведения.</p> <p>160. Анемии. Дифференциальная диагностика анемий. Клинические проявления. Алгоритмы обследования больного с анемией. Лечение и профилактика различных типов анемий.</p> <p>161. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ. Хронические и острые осложнения сахарного диабета. Клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>162. Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>163. Гипотиреоз. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p>
--	---

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b><i>Б 1.В.ДВ.1.1.</i></b> «Терапия»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ишемическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Классификация.</li> <li>2. Ишемическая болезнь сердца. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.</li> <li>3. Стенокардия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина.</li> <li>4. Стенокардия. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (медикаментозное, хирургическое).</li> <li>5. Стенокардия. Показания к реваскуляризации. Методы реваскуляризации.</li> <li>6. Инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина (типичные и атипичные формы).</li> <li>7. Инфаркт миокарда. Диагностика и дифференциальная диагностика.</li> </ol>
--	--

8. Лечение неосложненного инфаркта миокарда.
9. Диагностика и лечение осложнений инфаркта миокарда.
10. Тактика ведения больного с инфарктом миокарда на догоспитальном и госпитальном этапах.
11. Реабилитация, диспансеризация больных перенесших инфаркт миокарда, медико – социальная экспертиза.
12. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез, факторы риска. Классификация, оценка факторов риска, факторы, определяющие сердечно – сосудистый прогноз.
13. Гипертоническая болезнь. Клиническая картина, диагностика.
14. Особенности лечения артериальной гипертензии у отдельных групп больных.
15. Тактика ведения больных при осложненном и не осложненном гипертоническом кризе.
16. Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология. Патогенез. Классификация.
17. Симптоматические артериальные гипертензии. Особенности клинической картины. Диагностика. Принципы лечения.
18. Злокачественная артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика. Лечение с позиций доказательной медицины
19. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация.
20. Хроническая сердечная недостаточность. Современные методы диагностики: клиническая, лабораторная, инструментальная.
21. Клинические варианты сердечной недостаточности. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности с позиций доказательной медицины. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.
22. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
23. Принципы и методы современной терапии ревматоидного артрита.
24. Диспансеризация больных с ревматоидным артритом, МСЭ.
25. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение, нозологические формы. Этиология, патогенез, классификация, степени тяжести. Осложнения.
26. Особенности течения хронической обструктивной болезни легких в подростковом и пожилом возрасте.
27. Хроническая обструктивная болезнь легких. Дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
28. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения.
29. Бронхиальная астма. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
30. Пневмония. Клиника первичных, госпитальных, атипичных пневмоний. Осложнения.
31. Лечение пневмоний, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
32. Особенности течения пневмоний в подростковом и пожилом возрасте.
33. Гломерулонефриты. Классификация, клинические варианты течения.
34. Гломерулонефриты. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, прогноз.
35. Хроническая болезнь почек. Понятие, эпидемиология. Факторы риска. Диагностика. Прогноз. Общие принципы ведения.
36. Анемии. Дифференциальная диагностика анемий. Клинические проявления.

	<p>37.Алгоритмы обследования больного с анемией.</p> <p>38.Лечение и профилактика различных типов анемий.</p> <p>39.Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика.</p> <p>40.Сахарный диабет. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>41.Хронические и острые осложнения сахарного диабета. Клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>42.Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз.</p> <p>43.Диффузно-токсический зоб. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>44.Гипотиреоз. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p>
--	--

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

**Б 1.В.ДВ.1.1.**  
**«Терапия»**

1. МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩЕЕ В ПОЛЬЗУ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ», СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

- А) 9,7
- Б) 6,1
- В) 11,1**
- Г) 15

2. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ» СТАВЯТ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- А) снижения чувствительности в области стоп
- Б) сухости кожных покровов стоп
- В) выраженной деформации пальцев
- Г) язвенного дефекта подошвы стопы и сенсорно-моторной нейропатии**

3. ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 4) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ (МЛ/МИН/1,73 М2)

- А) 45-59
- Б) 15-29**
- В) 30-44
- Г) 60-89

4. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАНИФЕСТНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА?

- А) Т3 –повышен; Т4 – в норме; ТТГ – в норме
- Б) Т3 – в норме; Т4 –в норме; ТТГ – снижен
- В) Т3 – повышен; Т4 – повышен; ТТГ – снижен**
- Г) Т3 – в норме; Т4 – снижен; ТТГ – повышен

5. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА?

- А) Т4 – снижен; ТТГ – в норме
- Б) Т4 – снижен; ТТГ – повышен**
- В) Т4 – снижен; ТТГ – снижен
- Г) Т4 – в норме; ТТГ – повышен

6. К ОСНОВНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ХОБЛ ОТНОСЯТ

- А) влажные мелкопузырчатые хрипы
- Б) крепитацию
- В) сухие свистящие хрипы**
- Г) влажные крупнопузырчатые хрипы

7. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- А) лучше в стадии серого опеченения
- Б) лучше в стадии красного опеченения
- В) лучше в стадиях прилива и разрешения**
- Г) хорошо во всех стадиях



8. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЭКГ  
ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ
- А) интервала PQ
  - Б) зубца Р
  - В) комплекса QRS
  - Г) сегмента ST**
9. ДЕЙСТВИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ПРИСТУПЕ СТЕНОКАРДИИ ОБУСЛОВЛЕНО
- А) снижением сократимости левого желудочка
  - Б) рефлекторным увеличением частоты сердечных сокращений
  - В) прямым миолитическим действием на гладкую мускулатуру коронарных артерий**
  - Г) рефлекторным урежением частоты сердечных сокращений
10. К РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ДИЕТЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ
- А) ограничение потребления сахара
  - Б) ограничение потребления жидкости**
  - В) увеличение в рационе поваренной соли
  - Г) ограничение потребления белков
11. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ
- А) ноющие боли в области сердца
  - Б) боли в суставах
  - В) головную боль
  - Г) одышку**
12. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) пиелонефрит
  - Б) острая сердечная недостаточность**
  - В) инфаркт миокарда
  - Г) тромбоэмболия легочной артерии
13. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л)
- А) 90-120
  - Б) менее 70
  - В) 70-89**
  - Г) 90-130
14. В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ
- А) повышенного уровня мочевой кислоты
  - Б) антитела к цитрулинированному пептиду**
  - В) диспротеинемии
  - Г) анемии
15. УВЕЛИЧЕНИЕ ВЫСОТЫ И ШИРИНЫ ЗУБЦА R В

	<p>ОТВЕДЕНИЯХ V1-V2 В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА ST И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЗУБЦОМ T ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ</p> <p><b>А) заднего инфаркта миокарда (задне-базального)</b>          Б) передне-перегородочного инфаркта миокарда          В) инфаркта миокарда правого желудочка          Г) мелкоочагового инфаркта миокарда</p>
--	---

**Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б</b> «Терапия»</p> <p><b>1.В.ДВ.1.1.</b></p>	<p><b>Ситуационная задача 1</b> (ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST)</p> <p>Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отёков нет.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки.</p> <p>На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?</li> <li>4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.</li> <li>5. Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ - 1 стент с лекарственным покрытием. На 3 день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой Нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?</li> </ol>
---	---

**Ситуационная задача 2** (Внебольничная пневмония бактериальная)

Пациент А. 45 лет, инженер, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приёмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,08 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты -  $13,2 \times 10^9 /л$ , юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.
5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9 °С), ЧДД - 22 в минуту, имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты -  $11 \times 10^9/л$ , нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Ситуационная задача 3** (Хроническая обструктивная болезнь лёгких)

Пациент К. 58 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8 °С.

Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко

усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8 °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приёмный покой городской больницы.

Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отёков нет.

По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,42 \times 10^{12}/л$ , Нв -165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты -  $8,4 \times 10^9 /л$ , эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет.

По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%. ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы  $\Delta$  ОФВ1 – 2,12%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Ситуационная задача 4 (Серопозитивный ревматоидный артрит)**

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги.

Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%.

Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты –  $3,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты –  $8,6 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины:  $\alpha 1$  – 6%,  $\alpha 2$  – 14%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$  - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевиная кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл.

На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счёт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии: гемоглобин – 134 г/л, СОЭ – 38 мм/час, СРБ - 10,2 мг/л, РФ – 17,2 МЕ/мл, сывороточное железо – 19 мкмоль/л. Сохраняются боли во II, III пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность до 2-3 часов. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Ситуационная задача 5 (Гипертоническая болезнь)**

Больной Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лёг спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ

– 32 кг/м<sup>2</sup>.

Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.

**Ситуационная задача 6 (Острый постстрептококковый гломерулонефрит)**

Пациент Е. 23 лет, автомеханик, заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом-терапевтом участковым по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отеков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тёмно-красного цвета и уменьшилось её количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст.

При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печёночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты –  $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 70 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> по СКД-ЕРІ, титр АСЛ-О – 1:1000.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоёв паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите план обследования пациента.

4. Назначьте необходимую терапию.
5. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия.

**Ситуационная задача 7** (ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки)

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приёма Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранились тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, a VL и с V1 по V4 ниже изолинии.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Укажите противопоказания к проведению тромболитика.

**Ситуационная задача 8** (Бронхиальная астма)

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжёлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки).

В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $9,5 \times 10^9$  /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно). Ро-графия грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

**Ситуационная задача 9** (Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония)

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет. Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.
5. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

**Ситуационная задача 10** (Хроническая железодефицитная анемия)

Больная 36 лет направлена врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при физической нагрузке, периодически возникающие колющие боли в области сердца, склонность к употреблению мела, теста.

В анамнезе: слабость и быстрая утомляемость отмечаются около 6 лет, к врачу не обращалась. Во время беременности 2 года назад в гемограмме выявлялась анемия лёгкой степени, препараты железа не получала. Ухудшение состояния около 2 недель, когда появилась одышка и боли в области сердца. Акушерско-гинекологический анамнез: гиперполименоррея с 12 лет, беременностей – 5, роды – 2, медицинских аборт – 3. Из перенесённых заболеваний: простудные, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический пиелонефрит.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 92 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный,



сосочки сглажены. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин – 82 г/л, эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}/л$ , цветовой показатель - 0,7, ретикулоциты - 13%, тромбоциты -  $180 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $4,2 \times 10^9/л$ , палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, СОЭ – 18 м/ч; анизоцитоз, гипохромия эритроцитов. Содержание железа в сыворотке крови – 4,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки – 86,4 мкмоль/л, насыщение трансферрина – 5,0%, сывороточный ферритин - 10 мкг/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Чем может быть обусловлен систолический шум на верхушке сердца?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение. Обоснуйте выбор терапии.
5. Какие рекомендации Вы могли бы дать пациентке по вторичной профилактике заболевания?

**Ситуационная задача 11 (Артериальная гипертония)**

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гипертенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

**Ситуационная задача 12 (Сахарный диабет)**

Больной Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днём). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ – 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведёт активный образ

жизни, обучен методике самоконтроля.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отёков нет. Щитовидная железа не увеличена, в лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Кожа голеней и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная.

Результаты обследования: глюкоза крови натощак - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Врач-офтальмолог: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отёк макулярной области.

Врач-подиатр: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного больного.
5. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии.

**Ситуационная задача 13 (Диффузный токсический зоб)**

Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, тёплые на ощупь, периферических отёков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данной больной.
5. Оценка эффективности проводимой терапии.

**Ситуационная задача 14 (Сахарный диабет)**

На приёме у врача-терапевта участкового больная К. 50 лет, учитель. Жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3 литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчёсов, учащённое мочеиспускание.

	<p>В анамнезе: указанные жалобы появились и нарастали в течение года. С 45 лет страдает гипертонической болезнью (АД от 160/100 до 140/90 мм рт. ст.), принимала нерегулярно Каптоприл. У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребёнка при рождении 4,3 кг.</p> <p>Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчёсы на спине. Кожа пониженной влажности. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см, окружность бёдер - 110 см, складка на передней брюшной стенке - 8 см. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС - 76 в минуту. АД - 156/94 мм рт. ст. (D=S). Живот увеличен за счёт подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. Пульсация на артериях стоп сохранена.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - <math>4,6 \times 10^{12}</math>, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - <math>250 \times 10^{12}</math>, лейкоциты - <math>6,1 \times 10^9</math>, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч. Креатинин - 90,0 мкмоль/л, СКФ - 64,2 мл/мин/1,73. Реакция мочи на ацетон отрицательная. Микроальбуминурия - 100 мг/дл. Липидограмма: холестерин общий - 6,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,48 ммоль/л, ЛПВП - 0,9 ммоль/л.</p> <p>Биохимические анализы: глюкоза крови натощак - 7,7 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HbA1c) - 7,5%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Тактика ведения. Режим, диета, медикаментозное и немедикаментозное лечение.</li> <li>5. Какова дальнейшая тактика ведения пациента после коррекции гликемии?</li> </ol> <p><b>Ситуационная задача 15 (Синдром гипотиреоза)</b></p> <p>Больная 64 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость кожных покровов, избыточный вес (ИМТ – 28), снижение температуры тела, снижение аппетита, запоры, снижение памяти, сонливость. При осмотре: кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Отёчность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 58 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Температура тела – 36,3°C. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края рёберной дуги. Стул нерегулярный, склонность к запорам.</p> <p>По данным лабораторного обследования: общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, холестерин – 9,4 ммоль/л, триглицериды – 5,5 ммоль/л, КФК – 247, АСТ – 48, ТТГ – 15,3 мЕ/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>2. Назовите наиболее вероятную причину заболевания.</li> <li>3. Составьте план обследования данной пациентки.</li> <li>4. Какова тактика лечения данной пациентки?</li> <li>5. Показано ли данной пациентке оперативное лечение?</li> </ol>
--	---

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

**15. Тест**

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

#### 16. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 17. Контрольная работа

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

#### 18. Собеседование

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

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Терапия»**

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) если применимо к РП!!!
	Тесты	и Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
К	1 - 15	1 – 15	1 - 44	1 - 27	
К	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13,	1 – 15	1, 3, 6, 12–14, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 35, 36, 39, 41, 42, 44	1– 3, 7, 8, 10–14, 17– 27	
		1 – 15	11, 21, 24, 27, 29, 43, 44	6, 13, 16, 18– 20, 25– 27	
	1, 3, 4, 5, 8, 13, 14, 15	1 – 15	2, 4, 7, 9, 13, 17, 18, 20, 22, 27, 29, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 43, 44	1– 3, 5, 7, 10– 12, 14, 18, 19, 22–27	
	9, 10	1 – 15	2, 4, 5, 8, 10, 15, 17, 18, 21, 23, 27, 29, 31, 34, 35, 38, 40, 41, 43, 44	1, 2, 4, 5, 9– 11, 13, 15, 18– 20, 22– 27	
			11, 21, 27, 43, 44	6, 13, 18, 26, 27	

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p align="center"><b>Б 1.В.ДВ.1.2</b> «Функциональная диагностика»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Функциональная диагностика стенокардии. Тестирование с физической нагрузкой. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Информативность метода.</li> <li>2. Функциональная диагностика стенокардии. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Выявление скрытой коронарной недостаточности и других нарушений. Информативность метода.</li> <li>3. ЭКГ-признаки стенокардии. Особенности ЭКГ-картины при вариантной стенокардии.</li> <li>4. Понятие о нагрузочных пробах. Показания и противопоказания к проведению нагрузочных проб. Техника проведения ВЭМ-пробы. Критерии прекращения пробы. Интерпретация полученных результатов</li> <li>5. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов со стенокардией. Функциональные пробы в реабилитации пациентов со стенокардией</li> </ol>
--	--

6. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Дифференциальный диагноз инфаркт миокарда. Функциональная диагностика инфаркта миокарда
7. Диагностика инфаркта миокарда на фоне блокады ножек пучка Гиса.
8. ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.
9. Стадийность изменений ЭКГ-картины при инфаркте миокарда.
10. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов в постинфарктном периоде. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с инфарктом миокарда.
- 11.. Холтеровское мониторирование (ХМ). Показания. Техническое обеспечение. Методика проведения. Обработка результатов, их клиническая интерпретация.
12. Оценка variability сердечного ритма. Принцип подбора лекарственных препаратов на основании данных мониторинга.
13. Нарушения функции возбуждения миокарда. Понятие о пароксизмальных нарушениях ритма.
14. Экстрасистолии (наджелудочковые, желудочковые).
15. Синдром слабости синусового узла.
16. Нарушение функции проведения. Виды блокад.
17. Дифференцированный подход к назначению антиаритмических препаратов с учетом данных ХМ-ЭКГ.
18. ЭКГ при остром и хроническом легочном сердце
19. ЭКГ при перикардитах.
20. ЭКГ при гормональных нарушениях
21. ЭКГ при электрокардиостимуляции.
22. Особенности ЭКГ-картины при перегрузке правых отделов сердца.
23. ЭКГ-признаки острого легочного сердца, хронического легочного сердца.
24. Особенности ЭКГ-картины при констриктивном перикардите.
25. Нарушения метаболизма в миокарде и связанные с этим изменения ЭКГ.
26. Понятие о электрокардиостимуляции (ЭКС). Виды ЭКС.
27. Показания к проведению постоянной ЭКС. Виды кардиостимуляторов. Изменения ЭКГ, связанные с ЭКС.
28. Понятие о ЭхоКГ. Виды ЭхоКГ (трансторакальная, чреспищеводная). Точки доступа. Понятие о М- и В-режимах.
29. Диагностическая ценность и информативность ЭхоКГ. Оценка основных морфологических параметров сердца. Понятие о доплерографии. Оценка систолической и диастолической функций сердца. Понятие о фракции выброса, пике А, пике Е, DT, IVRT. Виды диастолической дисфункции. Диагностическая значимость и интерпретация полученных результатов.
30. ЭхоКГ признаки гидроперикарда. Оценка количества жидкости в полости перикарда.
31. ЭхоКГ признаки инфекционного эндокардита.
32. Диагностика опухолей сердца.
33. Методы функциональной диагностики системы дыхания. Спирометрия. Спирография.
34. Понятие об исследовании функции внешнего дыхания. Устройство и принцип действия спирометра. Определение и оценка показателей. Их физиологическое значение.
35. Устройство и принцип действия спирографа. Оценка показателей, получаемых с помощью спирографии
36. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов с заболеваниями бронхо-легочной системы. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с заболеваниями бронхов и легких
37. .Пробы с бронходилататорами, с бронхоконстрикторами. Оценка результатов и интерпретация.
38. Показания к проведению проб с бронходилататорами. Методика проведения пробы. Интерпретация полученных результатов. Диагностическая ценность пробы с бронходилататорами.

	<p>39. Показания к проведению пробы с бронхоконстрикторами. Методика и условия проведения пробы с бронхоконстрикторами. Интерпретация полученных результатов. Диагностическая ценность пробы с бронхоконстрикторами.</p> <p>40. Легочная гипертензия: патогенез, формы (прекапиллярная, посткапиллярная).</p> <p>41. Основные причины, приводящие к развитию легочной гипертензии. Патогенез легочной гипертензии. Формы легочной гипертензии.</p> <p>42. Представление об определении давления в легочной артерии: катетеризация правого сердца и легочной артерии; неинвазивный метод (расчеты на основании методики Эходопплер). Диспансеризация. Реабилитация</p> <p>43. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Понятие о методе. Диагностическая ценность СМАД. Показания к СМАД. Техническое обеспечение метода. Методика проведения исследования. Оценка результатов и их клиническая интерпретация.</p> <p>44. Принцип индивидуального подбора гипотензивной терапии. Принцип бифункционального мониторирования — холтеровского и СМАД. Клиническое значение исследования. Место метода в диспансеризации и реабилитации пациентов.</p> <p>45. Ультразвуковая доплерография сосудов Принцип метода, физические основы. Методика проведения исследования. Спектральный режим, дуплексное сканирование.</p> <p>46. Основные показатели спектрограммы.</p> <p>47. Особенности спектрограммы сосудов шеи.</p> <p>48. Особенности спектрограммы сосудов верхних и нижних конечностей.</p>
--	---

### **Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p style="text-align: center;"><b><i>Б 1.В.ДВ.1.2</i></b> «Функциональная диагностика»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Функциональная диагностика стенокардии. Тестирование с физической нагрузкой. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Информативность метода.</li> <li>2. Функциональная диагностика стенокардии. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Выявление скрытой коронарной недостаточности и других нарушений. Информативность метода.</li> <li>3. ЭКГ-признаки стенокардии.</li> <li>4. Особенности ЭКГ-картины при вариантной стенокардии.</li> <li>5. Понятие о нагрузочных пробах. Показания и противопоказания к проведению нагрузочных проб.</li> <li>6. Техника проведения ВЭМ-пробы. Критерии прекращения пробы. Интерпретация полученных результатов</li> <li>7. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов со стенокардией.</li> <li>8. Функциональные пробы в реабилитации пациентов со стенокардией</li> <li>9. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Дифференциальный диагноз инфаркт миокарда.</li> <li>10. Функциональная диагностика инфаркта миокарда</li> <li>11. Диагностика инфаркта миокарда на фоне блокады ножек пучка Гиса.</li> <li>12. ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.</li> <li>13. Стадийность изменений ЭКГ-картины при инфаркте миокарда.</li> <li>14. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов в постинфарктном периоде.</li> <li>15. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с инфарктом миокарда.</li> <li>16. Методика оказания первой медицинской помощи при осложнениях при проведении нагрузочных проб.</li> <li>17. ЭКГ-признаки инфаркта миокарда</li> </ol>
--	--

18. Особенности ЭКГ-диагностики инфаркта миокарда на фоне блокады правой ножки пучка Гиса.
19. Особенности ЭКГ-диагностики инфаркта миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса.
20. Холтеровское мониторирование (ХМ). Показания. Техническое обеспечение. Методика проведения. Обработка результатов, их клиническая интерпретация.
21. Оценка variability сердечного ритма.
22. Принцип подбора лекарственных препаратов на основании данных мониторирования.
23. Нарушения функции возбуждения миокарда.
24. Понятие о пароксизмальных нарушениях ритма.
25. Экстрасистолы (наджелудочковые, желудочковые).
26. Синдром слабости синусового узла.
27. Нарушение функции проведения. Виды блокад.
28. Дифференцированный подход к назначению антиаритмических препаратов с учетом данных ХМ-ЭКГ.
29. ЭКГ при остром и хроническом легочном сердце
30. ЭКГ при перикардитах.
31. ЭКГ при гормональных нарушениях
32. ЭКГ при электрокардиостимуляции.
33. Особенности ЭКГ-картины при перегрузке правых отделов сердца.
34. ЭКГ-признаки острого легочного сердца, хронического легочного сердца.
35. Особенности ЭКГ-картины при констриктивном перикардите.
36. Нарушения метаболизма в миокарде и связанные с этим изменения ЭКГ.
37. Понятие о электрокардиостимуляции (ЭКС). Виды ЭКС.
38. Показания к проведению постоянной ЭКС.
39. Виды кардиостимуляторов.
40. Изменения ЭКГ, связанные с ЭКС.
41. Понятие о ЭхоКГ. Виды ЭхоКГ (трансторакальная, чреспищеводная). Точки доступа. Понятие о М- и В-режимах.
42. Диагностическая ценность и информативность ЭхоКГ. Оценка основных морфологических параметров сердца.
43. Понятие о доплерографии. Оценка систолической и диастолической функций сердца. Понятие о фракции выброса, пике А, пике Е, DT, IVRT.
44. Виды диастолической дисфункции. Диагностическая значимость и интерпретация полученных результатов.
45. ЭхоКГ признаки гидроперикарда. Оценка количества жидкости в полости перикарда.
46. ЭхоКГ признаки инфекционного эндокардита.
47. Диагностика опухолей сердца.
48. Методы функциональной диагностики системы дыхания. Спирометрия. Спирография.
49. Понятие об исследовании функции внешнего дыхания. Устройство и принцип действия спирометра. Определение и оценка показателей. Их физиологическое значение.
50. Устройство и принцип действия спирографа. Оценка показателей, получаемых с помощью спирографии
51. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов с заболеваниями бронхо-легочной системы.
52. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с заболеваниями бронхов и легких
53. Пробы с бронходилататорами, с бронхоконстрикторами. Оценка результатов и интерпретация.
54. Показания к проведению проб с бронходилататорами. Методика проведения пробы. Интерпретация полученных результатов.
55. Диагностическая ценность пробы с бронходилататорами.
56. Показания к проведению пробы с бронхоконстрикторами.



	<p>57. Методика и условия проведения пробы с бронхоконстрикторами. Интерпретация полученных результатов.</p> <p>58. Диагностическая ценность пробы с бронхоконстрикторами.</p> <p>59. Легочная гипертензия: патогенез, формы (прекапиллярная, посткапиллярная).</p> <p>60. Основные причины, приводящие к развитию легочной гипертензии.</p> <p>61. Патогенез легочной гипертензии.</p> <p>62. Формы легочной гипертензии.</p> <p>63. Представление об определении давления в легочной артерии: катетеризация правого сердца и легочной артерии; неинвазивный метод (расчеты на основании методики Эходопплер). Диспансеризация. Реабилитация</p> <p>64. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Понятие о методе.</p> <p>65. Диагностическая ценность СМАД.</p> <p>66. Показания к СМАД. Техническое обеспечение метода.</p> <p>67. Методика проведения исследования. Оценка результатов и их клиническая интерпретация.</p> <p>68. Принцип индивидуального подбора гипотензивной терапии.</p> <p>69. Принцип бифункционального мониторирования — холтеровского и СМАД. Клиническое значение исследования. Место метода в диспансеризации и реабилитации пациентов.</p> <p>70. Ультразвуковая доплерография сосудов Принцип метода, физические основы. Методика проведения исследования. Спектральный режим, дуплексное сканирование.</p> <p>71. Основные показатели спектрограммы.</p> <p>72. Особенности спектрограммы сосудов шеи.</p> <p>73. Особенности спектрограммы сосудов верхних и нижних конечностей.</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b><i>Б 1.В.ДВ.1.2</i></b> «Функциональная диагностика»</p>	<p>01. Нормальный зубец Q отражает преимущественно деполяризацию <b>а) межжелудочковой перегородки</b> б) левого желудочка в целом в) верхушки сердца г) боковых отделов левого желудочка</p> <p>02. Наиболее информативные для диагностики гипертрофии левого желудочка отведения ЭКГ <b>а) стандартные</b> <b>б) грудные</b> в) однополюсные усиленные г) высокие грудные</p> <p>03. Синдром WPW обусловлен наличием в миокарде <b>а) аномального дополнительного проводящего пути</b> б) эктопического водителя ритма в) аномального дополнительного источника импульсов г) срединной ветви левой ножки пучка Гиса</p> <p>04. При синусовой тахикардии <b>а) расстояние RR укорочено пропорционально ускорению ритма</b> <b>б) интервал TP укорачивается</b> в) комплекс QRS имеет тенденцию к уширению</p> <p>05. Экстрасистолы - это преждевременные сокращения <b>а) желудочков</b> <b>б) предсердий</b> <b>в) всего сердца в целом</b> г) отдельных участков миокарда</p> <p>06. К аллоритмии относится <b>а) бигеминия</b> <b>б) тригеминия</b> в) парасистолия г) реципроктные комплексы</p> <p>07. С помощью электрокардиографии можно определить в сердце <b>а) зону поврежденного миокарда</b> <b>б) зону некроза</b> <b>в) наличие рубцов</b> <b>г) наличие ишемии</b></p> <p>08. Под ишемией миокарда понимают а) нарушение процесса деполяризации б) мелкоочаговый некроз <b>в) уменьшение кровоснабжения участков миокарда</b> г) процесс необратимых изменений в миокардиальных волокнах</p> <p>09. На ЭКГ крупноочаговое острое повреждение проявляется обычно а) появлением глубоких зубцов S <b>б) изменениями сегмента ST</b> в) появлением глубоких зубцов Q г) изменениями зубца T</p>
--	---

	<p>10. Признаками рубцовой стадии крупноочагового инфаркта миокарда является наличие на ЭКГ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) смещения сегмента ST</li> <li><b>б) патологического зубца Q</b></li> <li>в) выраженных зазубрин на зубце R</li> </ul> <p>11. Во время приступа стенокардии на ЭКГ может отмечаться</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) депрессия сегмента ST</li> <li><b>б) инверсия зубца T</b></li> <li>в) увеличение амплитуды зубца T</li> <li>г) уменьшение амплитуды зубца T</li> </ul> <p>12. Оптимальным сечением для доплеровского исследования кровотока в области аортального клапана является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) парастернальное продольное</li> <li>б) парастернальное поперечное на уровне аорты</li> <li>в) парастернальное поперечное на уровне митрального клапана</li> <li>г) верхушечное четырехкамерное</li> <li><b>д) верхушечное пятикамерное</b></li> </ul> <p>13. Основным признаком пролапса митрального клапана</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а) систолическое прогибание одной или обеих створок митрального клапана в сторону левого предсердия</b></li> <li>б) наличие кальцината на створке митрального клапана</li> <li>в) передне-систолический сдвиг створок митрального клапана</li> <li>г) все вышеперечисленное</li> </ul> <p>14. Прямое чтение данных спирографии может быть использовано для измерения всех следующих объемов и емкостей, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) дыхательный объем</li> <li>б) резервный объем вдоха или выдоха</li> <li>в) жизненная емкость легких</li> <li><b>г) остаточный объем легких</b></li> <li><b>д) функциональная остаточная емкость</b></li> </ul> <p>15. При обструктивных нарушениях вентиляции увеличиваются следующие показатели</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а) остаточный объем легких</b></li> <li>б) жизненная емкость легких</li> <li>в) объем форсированного выдоха за 1 с.</li> <li>г) резервный объем вдоха д) резервный объем выдоха</li> <li><b>е) общая емкость легких</b></li> </ul>
--	--

**Набор инструментальных методов исследования**

<p align="center"><b><i>Б 1.В.ДВ.1.2</i></b> «Функциональная диагностика»</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Q-инфаркт миокарда задне-диафрагмальной области.</li> <li>2. БЛНПГ</li> <li>3. Трепетание предсердий</li> <li>4. БЛНПГ</li> <li>5. ГЛЖ</li> </ul>
---	---

	6. Q-инфаркт миокарда передне-перегородочной области, верхушки. Желудочковая экстрасистола. 7. Ритм кардиостимулятора 8. Холтер ЭКГ 9. Дуплексное сканирование внечерепных отделов сосудов головы и шеи 10. Суточное мониторирование АД. 11. ЭхоКГ ГЛЖ 12. ЭхоКГ Инфекционный эндокардит 13. ЭхоКГ Рубцовые изменения 14. ЭхоКГ Аортальный стеноз 15. Спирометрия
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 19.Тест

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

#### 20.Набор инструментальных методов исследования

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	22. Знание алгоритма решения
	23. Уровень самостоятельного мышления
	24. Аргументированность решения
	25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 21.Контрольная работа

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

<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b></p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p> <p>-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Краткость</li> <li>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</li> <li>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</li> <li>4. Полнота раскрытия вопроса</li> <li>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</li> <li>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</li> </ol>
--	--

## 22.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b></p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p> <p>-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Краткость</li> <li>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</li> <li>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</li> <li>4. Полнота раскрытия вопроса</li> <li>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</li> <li>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</li> </ol>

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Функциональная диагностика»**

<b>Формируемые компетенции по ФГОС</b>		<b>Т – тестирование</b>	<b>НИИ – набор инструментальных методов исследования,</b>	<b>КР – контрольная работа,</b>	<b>С – собеседование по контрольным вопросам.</b>	<b>Пр – оценка освоения практических навыков (умений) <b>если применимо к РП!!!</b></b>
		<b>Тесты</b>	<b>Инструментальные методы исследования</b>	<b>Вопросы для контрольной работы</b>	<b>Вопросы для собеседования</b>	<b>Практические навыки и из перечня</b>
<b>УК</b>	<b>1</b>	1 - 15	1 - 15	1 - 73	1 – 48	
<b>ПК</b>	<b>1</b>	1 - 15	1 - 15	1 - 73	1 – 48	
	<b>2</b>			7, 14, 51, 63, 69	5, 10, 36, 42, 44	
	<b>5</b>	1 - 15	1 - 15	1 - 73	1 – 48	

	<b>8</b>		8, 15, 52, 63, 69	5, 10, 36, 42, 44	
--	----------	--	----------------------	-------------------------	--

**Фонд оценочных средств по дисциплине «инфекционные болезни»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p><b>Б 1. В.ОД.1.1</b> <b>«Инфекционные болезни»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Распространение инфекционных болезней в Российской Федерации и Волгоградской области.</li> <li>2. Инфекционный процесс. Характеристика микроорганизма и макроорганизма и условий их взаимодействия.</li> <li>3. Классификации инфекционных болезней.</li> <li>4. Условия развития инфекционного процесса.</li> <li>5. Основные принципы диагностики инфекционных заболеваний. Значение клинических и эпидемиологических данных. Синдромальная диагностика.</li> <li>6. Лабораторная диагностика инфекционных болезней.</li> <li>7. Предмет и методы эпидемиологии. Эпидемиология инфекционных и неинфекционных болезней.</li> <li>8. Учение об эпидемическом процессе. Общая характеристика эпидемического процесса. Понятие «эпидемический очаг».</li> <li>9. Эпидемиологическая классификация инфекционных болезней. Эволюция эпидемического процесса.</li> <li>10. Эпидемиологический надзор, цель и задачи.</li> <li>11. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика сальмонеллеза.</li> <li>12. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика брюшной тифа и паратифов.</li> <li>13. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика ботулизма.</li> <li>14. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика холеры.</li> <li>15. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика эшерихиозов и шигеллезов.</li> <li>16. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика менингококковой инфекции.</li> <li>17. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика дифтерии, скарлатины, пневмококковой инфекции.</li> <li>18. Вирусные гепатиты с фекально-оральным и контактным механизмом заражения.</li> <li>19. Энтеровирусные инфекции: этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.</li> <li>20. Грипп, парагрипп: этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.</li> <li>21. Риновирусная, аденовирусная инфекция, корь,</li> </ol>
---	---

	<p>краснуха, паротит: этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.</p> <p>22. Классификация арбовирусных инфекций.</p> <p>23. Этиология, патогенез, классификация ВИЧ-инфекции. Основные симптомы ВИЧ-инфекции и динамика их развития.</p> <p>24. Этиология, патогенез, морфологические проявления новой коронавирусной инфекции COVID19.</p>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1. В.ОД.1.1</b> <b>«Инфекционные болезни»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Организация и структура оказания медицинской помощи инфекционным больным.</li> <li>2. Понятие об инфекционном процессе</li> <li>3. Эпидемиологический метод исследования.</li> <li>4. Формы и варианты инфекционного процесса, острые и хронические инфекции</li> <li>5. Иерсиниоз и псевдотуберкулез: основные клинические признаки и дифференциальная диагностика.</li> <li>6. Лабораторная диагностика туляремии.</li> <li>7. Характер лихорадочной реакции при остром бруцеллезе.</li> <li>8. Причины смерти больных лептоспирозом.</li> <li>9. Дифференциальный диагноз клещевого системного боррелиоза.</li> <li>10. Патогенез коклюша</li> <li>11. Осложнения скарлатины.</li> <li>12. Осложнения менингококковой инфекции.</li> <li>13. Клинические проявления аденовирусной инфекции.</li> <li>14. Методы диагностики гриппа.</li> <li>15. Осложнения краснухи.</li> <li>16. Этиология, патогенез и клинические проявления кори.</li> <li>17. Этиология и патогенез ВИЧ-инфекции</li> <li>18. Общая клиническая характеристика оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции.</li> <li>19. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных.</li> <li>20. Морфологические проявления COVID19.</li> </ol>
---	--

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1. В.ОД.1.1</b> <b>«Инфекционные болезни»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Природный очаг инфекционного заболевания — это: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) совокупность биологических объектов</li> <li>б) эпизоотическое очаг</li> <li>в) территория, на которой постоянно регистрируются зоонозные инфекции</li> <li>г) место заражения человека зоонозных инфекцией</li> <li>д) <b>участок территории географического ландшафта с присущим ей биоценозом, среди особей которого циркулирует возбудитель болезни</b></li> </ol> </li> <li>2. Одним из звеньев эпидемического процесса является: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) <b>теплокровный носитель возбудителя инфекции</b></li> <li>б) микроорганизм — возбудитель инфекции</li> <li>в) противоэпидемическая система</li> <li>г) окружающая среда</li> </ol> </li> <li>3. Какие из возбудителей могут передаваться воздушно-капельным путем при внутрибольничном заражении? <ol style="list-style-type: none"> <li>а) <b>шигеллы</b></li> </ol> </li> </ol>
---	---



	<p> <b>б)</b> <span style="float: right;"><b>легионеллы</b></span>          в) <span style="float: right;">сальмонеллы</span>          г) эшерихии       </p> <p>4. Механизм передачи при брюшном тифе:</p> <p>         а) трансмиссивный  <b>б) фекально-оральный</b>          в) гемоконтактный          г) аэрогенный       </p> <p>5. Что из перечисленного не характерно для сальмонеллеза?</p> <p>         а) острое начало          б) интоксикационный синдром          в) инкубационный период от 2-6 часов до 2-3 дней  <b>г) диарея толстокишечного типа</b> </p> <p>6. Клиническими симптомами ботулизма не является:</p> <p>         а) двоение, «сетка», «туман», перед глазами          б) затруднение глотания пищи, «комочек» за грудиной          в) нарушение дыхания          г) сухость во рту  <b>д) частый, скудный стул</b> </p> <p>7. Наибольшее значение как источник инфекции при шигеллезе имеют:</p> <p>         а) реконвалесценты          б) больные хронической дизентерией  <b>в) больные острой формой дизентерии</b>          г) бактерионосители       </p> <p>8. Каким образом наиболее часто происходит заражение при дифтерии:</p> <p> <b>а) воздушно-капельным путем</b>          б) пищевым путем          в) нозокомиально          г) трансмиссивно       </p> <p>9. Укажите характерные осложнения тяжелой формы гриппа:</p> <p>         а) пневмония          б) токсический отек головного мозга          в) геморрагический синдром  <b>г) все перечисленные</b> </p> <p>10. При эпидемическом паротите могут развиваться все указанные проявления, за исключением:</p> <p>         а) серозного менингоэнцефалита  <b>б) гнойного менингита</b>          в) орхита          г) острого панкреатита       </p> <p>11. Укажите характерную картину поражения нервной системы при менингококковой инфекции:</p> <p>         а) серозный менингит  <b>б) гнойный менингит</b>          в) полиомиелит          г) радикулоневрит       </p> <p>12. Укажите не характерные признаки сыпи у больного корью:</p> <p>         а) сыпь возникает на 3-4 дни болезни  <b>б) появление сыпи сопровождается нормализацией температуры</b>          в) элементы сыпи распространяются поэтапно на лицо, затем на туловище и на конечности          г) элементы сыпи бесследно исчезают через 4-5 дней       </p> <p>13. Больной ветряной оспой является заразным до тех пор, пока:</p>
--	--

	<p>а) не прекратится появление везикул  б) везикулы не высохнут  в) не пройдет 48 часов после появления корочек  <b>г) не отпадут все корочки</b></p> <p>14. Источниками вирусного гепатита В в стационарах являются:  а) больные острой формой заболевания  б) больные хроническим активным гепатитом  в) вирусоносители  <b>г) все перечисленные</b></p> <p>15. Пути передачи сибирской язвы:  а) только контактный  б) только алиментарный  в) только воздушно-капельный  <b>г) наиболее часто контактный, реже-воздушно-капельный, алиментарный</b></p> <p>16. Укажите неправильное утверждение относительно клинических проявлений чумы:  а) бубонная форма наиболее часта  б) при любой форме чумы возможно развитие пневмонии  в) при тяжелом течении развивается геморрагический синдром  <b>г) слабо выраженная интоксикация</b>  д) бурное развитие болезни</p> <p>17. Пути передачи лихорадки Эбола:  а) прямой контакт с кровью и биологическими жидкостями больного  б) не прямой контакт со средами, зараженными биологическими жидкостями  в) через инфицированную семенную жидкость  <b>г) все вышеперечисленное</b></p> <p>18. Признаки особо опасной инфекции:  а) длительная инкубация  б) легкое течение  в) среднетяжелое течение  <b>г) тяжелое течение + высокая летальность</b></p> <p>19. Для сибирязвенного карбункула характерно:  а) очаг серозно-геморрагического воспаления с некрозом  б) отек окружающих тканей  в) регионарный лимфаденит  <b>г) все перечисленное</b></p> <p>20. Кто руководит противэпидемической работой в очаге особо опасных инфекций:  а) санитарно-эпидемиологическая служба  <b>б) чрезвычайная противэпидемическая комиссия</b>  в) президент государства</p>
--	---

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

**23. Тест**

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

Согласно БРС ВолгГМУ: - 61 - 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 - 90% <b>Хорошо (4)</b> - 91 - 100% <b>Отлично (5)</b>	% выполнения задания  61 – 75  76– 90  91 – 100
---	---

#### 24. Контрольная работа

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

#### 25. Собеседование

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

#### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Инфекционные болезни»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т	–	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
	Тесты		Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
У	1		1-20	1-24
О	4		1-20	1-24

ПК	6	1-20	1-20	1-24
	7	1-20	1-20	1-24
ПК	1	1-20	1-20	1-24

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФТИЗИАТРИЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.В.ОД.2.1</b> Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возбудитель туберкулёза и его свойства.</li> <li>2. Источники, пути заражения туберкулёзом.</li> <li>3. Патогенез туберкулеза. Первичный и вторичный периоды туберкулёзной инфекции.</li> <li>4. Роль социальных и медико-биологических факторов в развитии туберкулеза. Группы риска по заболеванию туберкулёзом.</li> <li>5. Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.2.2</b> Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Диагностика туберкулеза в условиях общей лечебной сети.</li> <li>7. Особенности анализа жалоб и анамнестических данных больного туберкулёзом.</li> <li>8. Объективное обследование больного туберкулёзом легких.</li> <li>9. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.</li> <li>10. Диаскинтест. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.</li> <li>11. Методы рентгенологического исследования органов грудной клетки, их информативность для диагностики туберкулёза легких.</li> <li>12. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале.</li> <li>13. Значение инструментальных и инвазивных методов исследования при туберкулезе различных локализаций.</li> <li>14. Особенности общего анализа крови и мочи в зависимости от клинической формы и фазы туберкулезного процесса.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.2.3</b> Раздел 3 «Клиника туберкулеза»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика диссеминированного и милиарного туберкулеза легких.</li> <li>16. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика очагового туберкулеза легких.</li> <li>17. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких.</li> <li>18. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика казеозной пневмонии.</li> </ol>

	<p>19. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулемы легкого.</p> <p>20. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.</p> <p>21. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика цирротического туберкулеза легких.</p> <p>22. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита.</p> <p>23. Туберкулез ЦНС. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.2.4</b> Раздел 4 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>24. Основные методы и принципы комплексного лечения туберкулёза.</p> <p>25. Этиотропная терапия туберкулеза.</p> <p>26. Санаторно-курортное лечение туберкулёза органов дыхания.</p> <p>27. Критерии клинического излечения и исходы при туберкулезе органов дыхания.</p>

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.В.ОД2.1</b> Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<p>1. К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом, относятся все перечисленные, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) невакцинированных БЦЖ</li> <li>2) недоношенных, часто и длительно болеющих детей</li> <li>3) живущих в очагах туберкулезной инфекции</li> <li>4) не имеющих послевакцинального знака</li> <li>5) <b>перенесших туберкулез</b></li> </ol> <p>2. Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются все перечисленные, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перенесших ранее локальный туберкулез</li> <li>2) давно инфицированных</li> <li>3) из очагов туберкулезной инфекции</li> <li>4) курящих</li> <li>5) <b>работающих и занимающихся спортом</b></li> </ol> <p>3. "Суперинфекция" при туберкулеза - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм</b></li> <li>2) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования</li> <li>3) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем</li> </ol> <p>4. "Эндогенная реинфекция" - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции</b></li> </ol>
--	--

	<p>2) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм</p> <p>3) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции</p> <p>5. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дефекты в профилактической работе</li> <li>2) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре</li> <li>3) небрежное отношение больного к своему здоровью</li> <li>4) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)</li> <li>5) <b>все перечисленное</b></li> </ol> <p>6. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него</li> <li>2) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах</li> <li>3) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом</li> <li>4) <b>заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии</b></li> </ol> <p>7. Бактериовыделитель - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом</b></li> <li>2) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз</li> <li>3) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования</li> <li>4) все перечисленные варианты</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.2.2</b>  Раздел 2  «Диагностика туберкулеза»</p>	<p>8. Жалобы больного туберкулезом</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией</li> <li>2) <b>имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания</b></li> <li>3) неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания</li> </ol>

	<p>9. Условия жизни больного</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса</li> <li>2) <b>оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса</b></li> <li>3) оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение</li> </ol> <p>10. Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличия или отсутствия контакта с родственниками, больными заразной формой туберкулеза</li> <li>2) семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию</li> <li>3) <b>как контакта с родственником, больным туберкулезом, так и семейной предрасположенностью к бронхолегочным заболеваниям</b></li> </ol> <p>11. Формы туберкулеза легких, протекающие с массивным размножением микобактерий туберкулеза в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге (очагах) поражения выявляются с помощью</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>клинических методов исследования</b></li> <li>2) флюорографических методов исследования</li> <li>3) лабораторных методов исследования</li> </ol> <p>12. Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клиническим методом исследования</li> <li>2) <b>флюорографическим методом исследования</b></li> <li>3) лабораторным методом исследования</li> </ol> <p>13. Туберкулезу органов дыхания более свойственно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острое начало заболевания</li> <li>2) <b>подострое начало заболевания</b></li> <li>3) бессимптомное начало заболевания</li> </ol> <p>14. Флюорографическое обследование подростков должно проводиться</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>1 раз в 1 год</b></li> <li>2) 1 раз в 2 года</li> <li>3) 2 раза в 1 год</li> <li>4) в зависимости от эпидситуации и профориентации подростка</li> </ol> <p>15. Систематическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с 10-летнего возраста</li> </ol>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) с 12-летнего возраста</li> <li>3) <b>с 15-летнего возраста</b></li> <li>4) с 18-летнего возраста</li> <li>5) выбор возраста определяется эпидемической ситуацией</li> </ul>
<p><b>Б 1.В.ОД.2.3</b> Раздел 3 «Клиника туберкулеза»</p>	<p>16. Диссеминированный туберкулез легких - это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких</li> <li>2) распространенное двустороннее поражение легких</li> <li>3) <b>распространенное, чаще двустороннее, тотальное или ограниченное поражение легких с преобладанием очаговых или интерстициальных изменений в легких гематогенного, лимфогенного или бронхогенного происхождения</b></li> </ul> <p>17. Пути распространения туберкулезной инфекции при диссеминированном туберкулезе легких могут быть все перечисленные, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гематогенного</li> <li>2) лимфогенного</li> <li>3) бронхогенного</li> <li>4) <b>капельно-аэрогенного</b></li> </ul> <p>18. Рентгенологически очаг в легких определяется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) <b>как любая пятнистого характера тень диаметром до 1 см</b></li> <li>2) как патологическая тень в легком, являющаяся отображением патологического процесса, не выходящего за пределы доли легкого</li> <li>3) любое патологическое образование размером поражения не более 1 см<sup>3</sup></li> </ul> <p>19. Наружные контуры очаговых теней в легких при наличии активности туберкулезного процесса являются</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) четкими</li> <li>2) <b>размытыми</b></li> <li>3) закономерности не выявляется</li> </ul> <p>20. Инфильтративный туберкулез легких - это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения</li> <li>2) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии</li> <li>3) <b>туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре</b></li> </ul>



21. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является
- 1) большой объем поражения
  - 2) **преобладание казеозного некроза**
  - 3) более частый распад
  - 4) склонность к бронхогенной диссеминации
  - 5) поражение крупных бронхов
22. Туберкулема легкого представляет собой
- 1) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани
  - 2) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфического и неспецифического воспаления
  - 3) **очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением клеточных элементов туберкулезной гранулемы**
23. Прямыми рентгенологическими признаками наличия полости в легком являются все перечисленные, кроме
- 1) кольцевидной тени с непрерывным замкнутым контуром
  - 2) отсутствия легочного рисунка в просвете кольцевидной замкнутой тени на томографическом срезе
  - 3) замкнутой кольцевидной тени в двух взаимно-перпендикулярных проекциях
  - 4) **наличия горизонтального уровня и тени дренирующего бронха**
24. При кавернозном туберкулезе наиболее частым морфологическим вариантом является каверна со следующей характеристикой ее стенки
- 1) скопление форменных элементов неспецифического воспаления, клетки эпителиоидной и гигантоклеточной гранулемы, казеоз
  - 2) **отдельные соединительнотканые волокна в наружных отделах стенки полости, скопления эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, а также отдельные участки казеозного некроза на внутренней поверхности стенки полости**
  - 3) разрастания грубой соединительнотканной ткани с тяжами, уходящими в интерстиций легкого, скопление эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, казеозный некроз
25. Наиболее достоверным критерием, позволяющим отличить каверну от вторичной кисты легкого, является
- 1) длительное стабильное состояние процесса (2-5 лет) без обострений туберкулеза и рецидива бактериовыделения

	<p>2) комплекс клинико-рентгенологических и лабораторных признаков, позволяющих исключить сохраненную активность туберкулеза</p> <p>3) <b>данные биопсии с цитологическим и бактериологическим исследованием материала</b></p> <p>26. Наиболее достоверными методами верификации кавернозной формы туберкулеза и полостной формы рака являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рентгенологический и бронхологический</li> <li>2) биохимический и иммунологический</li> <li>3) пробное лечение и динамическое наблюдение</li> <li>4) бактериологический и цито-гистологический</li> </ol> <p>27. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких стенка каверны имеет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и фиброзной ткани</b></li> <li>2) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и неспецифической инфильтрации</li> <li>3) слой казеозного некроза и слой грубой рубцовой ткани с врастанием последней в интерстиций легкого</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.2.4</b> Раздел 4 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>28. Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одновременное использование ряда лечебных средств и методов</li> <li>2) использование лечебных средств и методов, направленных на одни и те же звенья патологического процесса</li> <li>3) <b>использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса</b></li> </ol> <p>29. Химиотерапия туберкулеза - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ</li> <li>2) метод воздействия на возбудителя заболевания</li> <li>3) <b>метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ</b></li> <li>4) ведущий метод лечения туберкулеза</li> </ol> <p>30. Климатические факторы у больных туберкулезом</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повышают сопротивляемость организма</li> <li>2) нормализуют обмен веществ</li> <li>3) улучшают функцию нервной системы</li> <li>4) <b>определяют все перечисленное</b></li> </ol> <p>31. Горно-климатические курорты показаны больным</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) всеми формами туберкулеза легких в фазе инфильтрации</li> </ol>

	<p>2) всеми деструктивными формами туберкулеза легких</p> <p>3) <b>ограниченными торпидно текущими формами туберкулеза легких</b></p> <p>4) всеми формами туберкулеза легких с признаками легочно-сердечной недостаточности</p> <p>32. Направление на горно-климатические курорты противопоказано больным</p> <p>1) всеми формами туберкулеза в фазе выраженной вспышки</p> <p>2) туберкулезом в сочетании с сердечно-сосудистой недостаточностью</p> <p>3) туберкулезом в сочетании с выраженной дыхательной недостаточностью</p> <p>4) туберкулезом в сочетании с почечной недостаточностью</p> <p>5) <b>с наличием всех перечисленных состояний</b></p> <p>33. Приморские курорты Южного берега Крыма и Кавказского побережья Черного моря показаны больным туберкулезом</p> <p>1) <b>с затяжным течением процесса</b></p> <p>2) нуждающимся в хирургическом лечении</p> <p>3) с побочными реакциями на химиопрепараты</p> <p>4) с наличием некоторых сопутствующих заболеваний</p> <p>5) все перечисленные показания</p>
--	--

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.В.ОД.2.3</b> Раздел 3 «Клиника туберкулеза»</p> <p><b>Б 1.В.ОД.2.4</b> Раздел 4 «Лечение туберкулеза»</p>	<p style="text-align: center;"><b>1. Задача 1.</b></p> <p>Мужчина, 32 года, подсобный рабочий в зернохранилище. С детства частые простудные заболевания. Травм, операций не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Страдает хроническим бронхитом, обострения 1-2 раза в год. Гормонами не лечился. Сахарный диабет, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицает. Последнее флюорографическое обследование примерно 4 года назад (без патологии). Туберкулезный контакт возможен с друзьями. Курит, алкоголь употребляет умеренно.</p> <p>Заболел остро 2 месяца назад – резко повысилась температура до 39°C, озноб, головная боль, сухой кашель. Госпитализирован в терапевтическое отделение ЦРБ с диагнозом: Внебольничная двусторонняя пневмония. Получал антибактериальную терапию (цефотаксим 1,0 3 р/д в/м, кларитромицин 0,5 2 р/д перорально), дезинтоксикационную терапию, муколитическую терапию.</p> <p>На фоне проводимой терапии состояние больного ухудшалось. Лихорадка с температурной кривой неправильного типа, нарастала одышка, появилось кровохарканье, отсутствие аппетита, разлитая головная боль,</p>
---	---

на фоне подъема температуры до 40-41°C, наблюдалась рвота. Рентгенологически в легких с двух сторон отмечалось усиление легочного рисунка. Через 2 недели после начала заболевания с подозрением на токсико-аллергическое поражение легочной ткани больной переведен в пульмонологическое отделение ОКБ. Назначен преднизолон 30 мг per os ежедневно, симптоматическая терапия. Нарастала легочно-сердечная недостаточность, больной похудел на 20 кг, крайне ослаб, беспокоил сухой упорный кашель, периодически кровохарканье.

Объективно. Пониженного питания, ослаблен, истощен. Рост 186 см Вес 50 кг. Занимает положение ортопное. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, чистые, акроцианоз. Температура 38,8°C, ЧД 48 в 1 мин. Перкуторно определяется легочный звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно на фоне усиленного везикулярного дыхания выслушиваются сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы, особенно в паравертебральных отделах. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 140 в 1 мин., АД 140/90 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги, эластичная, безболезненная.

Общий анализ крови. Гемоглобин 110 г/л, эритроциты  $3,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $14,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 8%, сегментоядерные 72%, эозинофилы 0%, лимфоциты 4%, моноциты 16%, СОЭ 54 мм/ч

Общий анализ мочи. Белок 0,33 г/л, клетки плоского эпителия – 6-10 в п/з, цилиндры гиалиновые единичные в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 10-12 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.

Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.

Посев мокроты на МБТ. МБТ не обнаружены.

При ПЦР исследовании мокроты выявлены МБТ

Трахеобронхоскопия. Без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 5 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 5 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

#### **2. Задача 2.**

Женщина, 37 лет, воспитатель детского сада. Заболевание выявлено при флюорографическом осмотре по поводу контакта с мужем, больным открытой формой туберкулеза. Активных жалоб не предъявляла, хотя отметила, что в последний месяц появилась слабость, потливость, понизилась трудоспособность. Туберкулезом ранее не болела.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии грудной клетки над легочными полями определяется легочный звук, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям, хрипы не прослушиваются ЧД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 72 в 1 мин. Ритмичный, удовлетворительного качества. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови. Гемоглобин 130 г/л, эритроциты  $4,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $5,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 4%, сегментоядерные 56%, эозинофилы 4%, лимфоциты 30%, моноциты 6%, СОЭ 18 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.

Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (1+).

Трахеобронхоскопия – без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 21 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 18 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

### **3. Задача 3.**

Женщина, 41 год. Страдает язвенной болезнью желудка с 36 лет, последнее обострение 1 год назад. Флюорографию органов грудной клетки последний раз проходила 2 года назад, при этом изменений со стороны органов дыхания не было обнаружено. Контакта с больным туберкулезом не установлено. Проживает в сельской местности. Работает на животноводческой ферме. Больной себя считает с января текущего года, когда появились утомляемость, повышение температуры тела до  $37,5 - 38,0^{\circ}\text{C}$ , потливость, кашель с выделением мокроты гнойного характера, имело место кровохарканье.

Обратилась в поликлинику по месту жительства, где при физикальном исследовании отмечались: бледность кожных покровов, понижение массы тела на 5 кг. Грудная клетка астенической конституции, при перкуссии укорочение перкуторного тона справа в надлопаточной области, дыхание здесь бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 18 в 1 мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не

выявлено. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови. Гемоглобин 120 г/л, эритроциты  $4,8 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $9,0 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 10%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 1%, лимфоциты 21%, моноциты 7%, СОЭ 35 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная с примесью крови, жидкая, лейкоциты 20-23 в поле зрения, эритроциты до 30 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения, эластические волокна.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (2+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 18 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 15 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

#### **4. Задача 4.**

Женщина 28 лет. Страдает хроническим вирусным гепатитом «С» в неактивной фазе. Последнее флюорографическое обследование 4 года назад. Вернулась из мест лишения свободы 4 месяца назад, где находилась 3 года. Около последних 3х месяцев отмечает похудание на 4-5 кг, общую слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты иногда с прожилками крови, нарастающую одышку. В течение 2х месяцев беспокоит субфебрильная температура в вечерние часы. При глубоком вдохе беспокоят боли в правой половине грудной клетки.

Объективно. Пониженного питания (рост 172 см, вес 50 кг), кожные покровы чистые, бледные. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии определяется укорочение легочного звука верхних и средних отделов справа, при аускультации на фоне везикулярного дыхания прослушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы. Слева по легочным полям определяется тимпанический звук, дыхание везикулярное ослабленное. ЧД 24 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 100 в 1 мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Край печени выступает из-под реберной дуги на 5 см, печень эластичная, чувствительная. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови. Гемоглобин 105 г/л, эритроциты  $3,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $10,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 12%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 2%, лимфоциты 14%, моноциты 11%, СОЭ 56 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1016, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 1-2 в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная, лейкоциты 24-26 в поле зрения, эритроциты не обнаружены.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (4+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (4+).

Трахеобронхоскопия. Заключение: туберкулез правого верхедолевого бронха, инфильтративный, продуктивный.

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 100 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 6 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 12 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.

2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.

4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

#### **5. Задача 5.**

Женщина, 27 лет. Изменения в легких выявлены впервые. Находилась на стационарном лечении в пульмонологическом отделении туберкулезной больницы с диагнозом: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада, обсеменения МБТ (+). Спустя месяц после госпитализации при физической нагрузке у больной резко ухудшилось состояние – появились резкие боли в левой половине грудной клетки, выраженная одышка.

Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. ЧД 28-30 в 1 мин. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Перкуторно справа легочный звук, слева с коробочным оттенком. Аускультативно справа дыхание везикулярное, слева ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритм правильный. Пульс 120 в 1 мин., АД 140/90 мм. рт. ст.

Общий анализ крови. Гемоглобин 120 г/л, эритроциты сегментоядерные 66%, эозинофилы 0%, лимфоциты 15%, моноциты 10%, СОЭ 35 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (1+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 120 в мин. Горизонтальное положение ЭОС.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 12 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 14 мм через 72 часа.

	<p>Манометрия плевральной полости -2/+2 см. водного столба</p> <p>Рентгенологические данные прилагаются.</p> <p><u>Задания.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опишите рентгенограмму.</li> <li>2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.</li> <li>4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.</li> </ol>
--	---

### Эталон ответа к задаче №1

1	Опишите рентгенограмму.
-	На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции с двух сторон симметрично по всем легочным полям определяются милиарные (1-2 мм) очаговые тени. Сосудистый рисунок с двух сторон деформирован по типу мелкой ячеистости.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Милиарный туберкулез легких МБТ (+) Кровохарканье. Диагноз поставлен на основании: жалоб (сухой кашель, повышение температуры тела до фебрильных цифр), отсутствия клинической динамики на фоне антибактериальной терапии, выявления в анализе мокроты методом ПЦР МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (наличие милиарных очаговых теней по всем легочным полям), изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лимфопения и моноцитоз).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: брюшным тифом, метастатическим поражением легких, саркоидозом.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно



## Эталон ответа к задаче №2

1	Опишите рентгенограмму.
-	На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации МБТ (+). Диагноз поставлен на основании: появлении в последний месяц интоксикационного синдрома (слабость, потливость, понижение трудоспособности); наличие контакта с бактериовыделителем, изменений на рентгенограмме органов грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.), гиперергических проб Манту и Диаскин-теста, обнаружении в промывных водах бронхов МБТ.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: неспецифической очаговой пневмонией, периферическими доброкачественными опухолями легких, периферическим раком легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте длительность пребывания больной на больничном листе
-	Длительность пребывания пациентки на больничном листе до 12 месяцев, т.к. она относится к декретированным категориям населения (работник дошкольного учреждения).
-	Длительность пребывания на больничном листе указана и обоснован верно.
-	Длительность пребывания на больничном листе указана верно, но не обоснована
-	Длительность пребывания на больничном листе указана и обоснован неверно

## Эталон ответа к задаче №3

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. В верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней границей, с участками просветления в

	центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая инфильтративная дорожка к корню легкого.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
	<p>Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (по типу перисцисурита) в фазе распада и обсеменения. МБТ (+). Кровохарканье. Язвенная болезнь желудка, ремиссия.</p> <p>Диагноз поставлен на основании: больная относится к группе повышенного риска заболевания туберкулезом; имеются признаки интоксикации, бронхолегочного синдрома (кашель с выделением мокроты гнойного характера, кровохарканье, утомляемость, потливость, повышение температуры тела); выявлении в анализе мокроты методом микроскопии КУБ; изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней границей, с участками просветления в центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая инфильтративная дорожка к корню легкого), перкуторной и аускультативной картины в легких (при перкуссии укорочение перкуторного тона слева в надлопаточной области, аускультативно дыхание в этой области бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы); изменениях в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, ускорено СОЭ).</p>
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Необходимо провести дифференциальную диагностику с неспецифической пневмонией, раком легкого, грибковым поражением легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

#### Эталон ответа к задаче №4

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа верхняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации неомогенного

	характера с полостями распада. Междолевая плевра справа подчеркнута. В нижней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
	<p>Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (по типу лобита) в фазе распада и обсеменения, МБТ (+). Осложнение: Туберкулез правого верхнедолевого бронха инфильтративный, продуктивный. ДН I степени. Кахексия. Интоксикационный синдром.</p> <p>Хронический гепатит «С», неактивная фаза.</p> <p>Диагноз поставлен на основании: жалоб (кашель с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты иногда с прожилками крови, нарастающую одышку, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, снижение масс тела на 4-5 кг, общую слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, субфебрильную температура в вечерние часы); выявление в анализе мокроты МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (справа верхняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации неомогенного характера с полостями распада. Междолевая плевра справа подчеркнута. В нижней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения.); положительной пробы Манту и Диаскин-теста; изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лейкоцитоз, анемия, ускорено СОЭ).</p>
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Заболевание следует дифференцировать с деструктивной верхнедолевой пневмонией, абсцессом верхней доли правого легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

### Эталон ответа к задаче №5

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Слева легкое поджато на 1/3 объема. Справа в верхней доле очаги полиморфного характера, участки деструкции.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.

-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указаны изменения в правом легком.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада, обсеменения МБТ (+) Осложнения: Спонтанный пневмоторакс слева.
-	Диагноз поставлен на основании указания на активный деструктивный туберкулез легких, острое начало после физической нагрузки, жалоб (резкие боли в левой половине грудной клетки, выраженная одышка), показателей манометрии левой плевральной полости.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими видами пневмоторакса необходимо проводить дифференциальную диагностику.
-	Дифференциальная диагностика проводится между открытым, закрытым и клапанным спонтанным пневмотораксом. По показаниям манометрии плевральной полости у больного открытый спонтанный пневмоторакс.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с двумя видами пневмоторакса.
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, определите тактику ведения при возникновении данного осложнения.
-	Показано лечение по I режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. туберкулез легких сопровождается бактериовыделением. Показано дренирование левой плевральной полости (постановка дренажа по Бюлау или активная аспирация). При неэффективности (легкое не расправляется) торакотомия с ушиванием дефекта висцеральной плевры.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно, тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован и/или тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана неверно.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно, тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана неверно.

### **Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

#### **26.Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ:	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ

-61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	61 – 75 76– 90 91 – 100
---	-------------------------------

### 27.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	26.Полнота знания учебного материала по теме занятия
	27.Знание алгоритма решения
	28.Уровень самостоятельного мышления
	29. Аргументированность решения
	30.Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 28.Собеседование

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

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами  
компетенций рабочей программы дисциплины «Фтизиатрия»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-33	1-5, вопрос 1,2,3,4	1-27
ПК	1	1-27	-	1-4,6-11,15-23
	2	8-27	-	6,9-11,15-23
	5	1-27	1-5, вопрос 1,2,3	3,5,7-23
	8	28-33	1-5, вопрос 4	24-27