**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –**

филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

**«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ**

**МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора по учебной и воспитательной работе Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.В. Черников

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ**

**ТЕКУЩЕЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

Образовательная программа: специалитет по специальности лечебное дело,

направленность (профиль) госпитальная терапия, эндокринология

Кафедра: терапевтических дисциплин

Курс: 5,6

Семестр: 9,10,11,12

Форма обучения: очная

Трудоемкость дисциплины: 14 ЗЕ (504 часа), из них 312 часов контактной работы обучающегося с преподавателем

Промежуточная аттестация: экзамен – 12 семестр

Пятигорск, 2022

**РАЗРАБОТЧИКИ:** И.о. заведующего кафедрой терапевтических дисциплин, д.м.н., Агапитов Л.И., старший преподаватель кафедры терапевтических дисциплин, Серенкова Е.Ю.

**РЕЦЕНЗЕНТ: Калашникова Светлана Александровна, з**аведующая кафедрой морфологии ПМФИ – филиала ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук

**В рамках дисциплины формируются следующие компетенции, подлежащие оценке настоящим ФОС:**

*- способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;(ОК-1)*

*-готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала; (ОК-5)*

*-готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (ОК-8)*

*- готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности; (ОПК-1)*

*-способность и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности; (ОПК-4)*

*-готовность к ведению медицинской документации; (ОПК-6)*

*-готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач; (ОПК-8)*

*способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач; (ОПК-9)*

*-готовность к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи; (ОПК-10)*

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

*-способность и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения; (ПК-2)*

*готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания; (ПК-5)*

*-способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов, заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, Х пересмотра; (ПК-6)*

*готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека; (ПК-7)*

*-способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами; (ПК-8)*

*-готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-9)*

*-готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи; (ПК-10)*

*-готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского участия (ПК-11)*

1. **ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ**

**ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемые компетенции** |
|  | **Раздел 1. ВВЕДЕНИЕ В ДИСЦИПЛИНУ. КАРДИОЛОГИЯ** |  |
|  | Миокардиты, кардиомиопатии.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Врожденные пороки сердца. Нейроциркуляторная дистония.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Симптоматические артериальные гипертензии.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение гипертонической болезни.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Аритмии и блокады сердца.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение нарушений сердечного ритма и проводимости. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение ИБС.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | **Раздел 2. РЕВМАТОЛОГИЯ** | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Дерматомиозит.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Системные васкулиты.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Ревматоидный артрит. Остеоартроз. Подагра. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение диффузных болезней соединительной ткани.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний суставов.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | **Раздел 3. ГЕМАТОЛОГИЯ** | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Эритремия. Эритроцитозы.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Геморрагические диатезы.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Лимфогранулематоз. Миеломная болезнь.  | ОК-1,5,8ОПК-,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | В-12 дефицитная анемия. Гемолитические анемии. Апластическая анемия.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Острые лейкозы.  |  |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение анемий, геморрагических диатезов.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение опухолевых заболеваний системы крови.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | **Раздел 4. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ** | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Болезни желчного пузыря и желчных путей. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Неспецифический язвенный колит.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний печени и желчевыводящих путей.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение кислотозависимых заболеваний. Дифференциальная диагностика и лечение воспалительных заболеваний кишечника.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | **Раздел 5. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ** | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Плевриты.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Хроническое легочное сердце.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение при легочном инфильтрате.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение при бронхоспастическом синдроме. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | **Раздел 6. НЕФРОЛОГИЯ** | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Амилоидоз почек. Нефротический синдром.  |  |
|  | Острая почечная недостаточность.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Хронические пиелонефриты. Хроническая болезнь почек.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика мочевого синдрома.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Хроническая болезнь почек. Диагностика, лечение.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Гломерулонефриты. Дифференциальная диагностика и лечение.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | **Раздел 7. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ** | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Сахарный диабет. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Осложнения сахарного диабета.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Лечение сахарного диабета.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Диагностика и лечение сахарного диабета у больных с различными заболеваниями внутренних органов. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Эндемический и спорадический зоб. Диффузный и узловой зоб. Тиреоидиты. Гипотиреозы.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение зобов и гипотиреоза.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Диффузный токсический зоб.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение гипертиреоза.  |  |
|  | Патология гипоталамо-гипофизарной системы. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Заболевания надпочечников (недостаточность коры надпочечников, феохромоцитома).  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний надпочечников. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний гипофиза.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Ожирение.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | **Раздел 8. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ. ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОТДЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ И СОСТОЯНИЙ** | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
|  | Побочное действие лекарств.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |

**Примеры типовых контрольных заданий или иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в ходе текущего контроля успеваемости студентов.**

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 1:**

**«ВВЕДЕНИЕ В ДИСЦИПЛИНУ. КАРДИОЛОГИЯ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 1:**

 Миокардиты, кардиомиопатии.

 **Примеры тестовых заданий:**

1. Какой метод является наиболее информативным для диагностики миокардита:
2. биохимический анализ крови
3. эндомиокардиальная биопсия
4. проба с физической нагрузкой
5. рентгенография органов грудной клетки
6. эхокардиография
7. коронароангиография
8. Наиболее распространенной причиной миокардита является:
9. вирусная инфекция
10. бактериальная инфекция
11. ТЭЛА
12. паразитарная инвазия
13. атеросклероз коронарных артерий
14. Фракция выброса левого желудочка у больных дилатационной кардиомиопатией:
15. незначительно повышается
16. незначительно снижается
17. значительно снижается
18. значительно повышается

5. не изменяется

**Пример ситуационной задачи:**

Женщина 38 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, одышку при ходьбе. Три недели назад перенесла ОРЗ. К врачу не обращалась, лечилась домашними средствами, почувствовала улучшение. Неделю назад вновь повысилась температура тела до 37,1 °С, появились слабость, одышка, «тяжесть» в области сердца. Работает маляром. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 37,4 °С. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы нормальной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -18 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке, ритм правильный. ЧСС — 102 в мин. АД — 105/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания по области почек отрицателен с обеих сторон. Отеков нет. Мочеиспускание, стул — в норме. При обследовании в поликлинике: на ЭКГ выявлена впервые возникшая блокада левой ножки пучка Гиса. В общеклиническом анализе крови: лейкоциты — 8,4х 109 , СОЭ — 32 мм/ч.

*Задание:*

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какова ваша тактика. Есть ли показания к госпитализации?

3. Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Классификация миокардитов.
2. Этиология, патогенез и патоморфология миокардитов, перикардитов,
3. кардиомиопатий
4. Клинические проявления и методы диагностики миокардитов.
5. Клиническое течение миокардитов.
6. Дифференциальная диагностика кардиомегалий
7. ГКМП – варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика, реабилитация, клиническое значение.
8. Рестриктивная КМП – варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика, реабилитация, клиническое значение.

**Текущий контроль успеваемости по теме 2:**

Врожденные пороки сердца. Нейроциркуляторная дистония.

1. Характерные экг- признаки недостаточности митрального клапана:

1. Признаки гипертрофии левого предсердия;
2. Признаки гипертрофии правого желудочка;
3. Признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка;
4. Признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка;
5. Признаки гипертрофии отсутствуют

2. При митральной недостаточности могут встречаться все указанные признаки, кроме:

1. Гипертрофии левого желудочка;
2. Систолического шума на верхушке;
3. Одышки;
4. «Хлопающего» I тона;
5. Ортопноэ.

3.Какое инструментальное исследование является ведущим в диагностике митральных пороков сердца:

1. ЭКГ;
2. Холтеровское мониторирование;
3. Рентгенография сердца;
4. Эхо-КГ;
5. ФКГ.

**Пример ситуационной задачи:**

Фельдшер вызван на дом к больной Г., 18 лет, которая жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста, состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Классификации врожденного и приобретенного пороков сердца.

2. Анатомические особенности органов грудной клетки и средостения.

3. Диагностические критерии ДМПП и стеноза аорты.

4. Симптоматология приобретенных пороков сердца.

5. Дифференциальная дигностика. Дополнительные методы исследования.

6. Гемодинамика при ОАП.

7. Особенности гемодинамики при дефекте межжелудочковой перегородки.

8. Роль врачебного консилиума больных с патологией сердца в условиях

поликлиники.

**Текущий контроль успеваемости по теме 3:**

Симптоматические артериальные гипертензии.

**Примеры тестовых заданий:**

1. Высокое нормальное АД – это:
2. 120-129 и 80-84 мм рт.ст.
3. 130-139 и 85-89 мм рт.ст.
4. 140-159 и 90-99 мм рт.ст.
5. 160-179 и 100-109 мм рт.ст.
6. Артериальная гипертензия 2 степени – это:
7. 140-159 и 90-99 мм рт.ст.
8. 160-179 и 100-109 мм рт.ст.
9. 130-139 и 85-89 мм рт.ст.
10. ≥180 и ≥110 мм рт.ст.
11. Артериальная гипертензия 3 степени – это:
12. 130-139 и 85-89 мм рт.ст.
13. 140-159 и 90-99 мм рт.ст.
14. 160-179 и 100-109 мм рт.ст.
15. ≥180 и ≥110 мм рт.ст.

**Пример ситуационной задачи:**

Фельдшер вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

**Примеры контрольных вопросов:**

1.Гипертоническая болезнь в амбулаторной практике: определение, классификация уровней артериального давления. Стратификация общего сердечно-сосудистого риска. Шкала SCORE. Формулировка диагноза артериальной гипертензии. Методы обследования больных гипертонической болезнью в амбулаторных условиях для выявления бессимптомного поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Экспертиза трудоспособности.

 2. Общие принципы ведения больных гипертонической болезнью на амбулаторнополиклиническом этапе: мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозные методы лечения. Тактика выбора стартовой терапии для достижения целевого уровня артериального давления. Фармакологическая характеристика основных групп антигипертензивных препаратов. Принципы 111 комбинированной антигипертензивной фармакотерапии.

 3. Особенности лечения артериальной гипертензии в амбулаторных условиях у пациентов с сопутствующей патологией: у больных с поражением почек, с метаболическим синдромом, ожирением, сахарным диабетом, с ЦВБ, ИБС, ХСН, с гипертрофией миокарда левого желудочка, с бессимптомным атеросклерозом, у лиц с поражением периферических артерий, гиперурикемией, СОАС. Принципы лечения рефрактерной и злокачественной артериальной гипертензии.

**Текущий контроль успеваемости по теме 4:**

Дифференциальная диагностика и лечение гипертонической болезни.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

А) ожирение

Б) дефицит эстрогенов

В) этническая принадлежность

Г) нарушение толерантности к глюкозе

Д) повышение в крови уровня фибриногена

Е) снижение в крови уровня липопротеидов высокой плотности

Ж) повышение в крови уровня липопротеидов низкой плотности

2.ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

 А) АД систолическое больше140 мм.рт.ст.

 Б) АД систолическое больше 130 мм.рт.ст.

В) АД диастолическое меньше 90 мм.рт.ст.

 Г) АД диастолическое больше 90 мм.рт.ст.

3.«ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР» ПОДРАЗУМЕВАЕТ У ПАЦИЕНТА НАЛИЧИЕ:

 А) упрямство

Б) сонливость

 В) плаксивость

Г) вспыльчивость

**Пример ситуационной задачи:**

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. 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. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м2 . 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 отеков нет. 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 CKDEPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м2 (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м 2 также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки. 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.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?

 4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.

 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?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Классификация вторичных форм артериальной гипертензии. Дифференциальная диагностика и принципы терапии в амбулаторно-поликлинических условиях.

2. Особенности клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения симптоматической почечной артериальной гипертензии на амбулаторнополиклиническом этапе .

3. Особенности клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения симптоматической артериальной гипертензии при поражении крупных артериальных сосудов в амбулаторно-поликлинической практике.

4. Особенности клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения симптоматической эндокринной артериальной гипертензии на амбулаторно-поликлиническом этапе .

5. Гипертонический криз. Определение, предрасполагающие состояния и триггерные факторы, классификация, клинические проявления и тактика ведения больных осложненным гипертоническим кризом в амбулаторных условиях.

**Текущий контроль успеваемости по теме 5:**

Аритмии и блокады сердца.

**Примеры тестовых заданий:**

1. Для а-в блокады 2 степени 2 типа характерно наличие:

1. Изменяющихся интервалов P-Q;
2. Выпадение комплексов QRS на фоне стабильного интервала P-Q;
3. Выпадение комплексов QRS на фоне постепенно удлиняющегося интервала P-Q;
4. Удлиняющихся интервалов R-R;
5. Все ответы неверны.

2. Для консервативного лечения блокад используется:

1. Новодрин;
2. Атенолол;
3. Лидокаин;
4. Дигоксин;
5. Новокаинамид.

3. На пленке экг: ритм синусовый, выпадение каждого четвертого желудочкового комплекса на фоне постоянного интервала pq = 0,26 сек.

1. А-В блокада 1 степени;
2. II ст. I типа;
3. II ст. II типа;
4. III ст.;
5. Все ответы неверны.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная Б. 38 лет поступила в клинику в связи с развитием около 5 дней назад одышки при обычных физических нагрузках, учащѐнного неритмичного сердцебиения. В детстве страдала частыми ангинами, которые прекратились в подростковом возрасте; тонзиллэктомия не проводилась. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), неоднократно отмечала появление герпетической сыпи на губах. За месяц до появления указанных жалоб перенесла опоясывающий герпес, по поводу которого проводилась симптоматическая терапия. Физические нагрузки переносила хорошо.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,2°С, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отѐков нет. ЧД - 22 в минуту, дыхание жѐсткое в базальных отделах, хрипов нет. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса - до 10 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезѐнка не увеличены.

В анализах крови: СРБ - 5,6 мг/л, АСЛО - 125 МЕ/л (норма 0-125 МЕ/л).

*ЭКГ.*



*Вопросы:*

1. Расшифровать ЭКГ, указать, какие изменения Вы видите у пациентки на ЭКГ.

2. Предложите наиболее вероятный диагноз.

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз у данной больной, учитывая клиническую картину и данные ЭКГ?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

5. Определите и обоснуйте тактику ведения данной пациентки. Какие первоочередные лечебные мероприятия показаны больной?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Наджелудочковые нарушения ритма сердца: наджелудочковая экстрасистолия, ускоренные суправентрикулярные ритмы, наджелудочковые тахикардии, трепетание предсердий. Определение, классификация, диагностика, ЭКГ-критерии, неотложная помощь и тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях.

 2. Фибрилляция предсердий: определение, этиология, эпидемиология, патогенетические механизмы, неблагоприятные исходы, классификация, клинические проявления, диагностика. Контроль ЧСС и ритма сердца при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе.

 3. Принципы длительной терапии фибрилляции предсердий на амбулаторнополиклиническом этапе. Нефармакологические методы профилактики инсульта. Антитромботическая терапия: стратификация риска инсульта и тромбоэмболий, лекарственные препараты, оценка риска кровотечений, контроль показателей свертываемости крови. Длительный контроль ЧСС и ритма сердца. Дополнительная терапия.

 4. Желудочковые аритмии: желудочковые экстрасистолии, желудочковые тахикардии, трепетание и фибрилляция желудочков. Определение, классификация, диагностика, ЭКГ-критерии, неотложная помощь и тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях.

 5. Брадиаритмии: дисфункция синусового узла, предсердно-желудочковые блокады. Определение, классификация, диагностика, ЭКГ-критерии, неотложная помощь и тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях.

**Текущий контроль успеваемости по теме 6:**

Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение нарушений сердечного ритма и проводимости.

**Примеры тестовых заданий:**

1.КАКИЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЛЕЖАТ В ОСНОВЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ИМПУЛЬСА В КЛЕТКАХ СЕРДЦА?

а) Уменьшение скорости спонтанной диастолической деполяризации.

б) Колебание порога возбуждения.

в) Колебание уровня потенциала покоя.

г) Все выше перечисленное .

д) Ничего из перечисленного.

2.КАКИЕ ЖАЛОБЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

АРИТМИЕЙ?

а) Сердцебиение.

б) Перебои в работе сердца.

в) Головокружение.

г) Обмороки.

д) Все выше перечисленное.

3. ОБЪЕКТИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АРИТМИЧЕСКОГОСИНДРОМА МОГУТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

а) бледности кожи;

б) гипотонии;

в) тахикардии;

г) высокого скорого пульса;

д) дефицита пульса.

**Пример ситуационной задачи:**

Пациент К. 50 лет обратился к врачу-терапевту участковому в связи с впервые возникшим приступом сердцебиения, сопровождающимся мышечной дрожью, слабостью, незначительным затруднением дыхания. Приступ возник около 2 часов назад при сильном эмоциональном стрессе. Ранее при регулярной диспансеризации никаких заболеваний выявлено не было, АД было всегда в пределах нормы. На ранее снятых ЭКГ без патологических изменений. Весьма значительные физические нагрузки переносит хорошо.

При осмотре: сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В лѐгких везикулярное дыхание, ЧДД - 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца аритмичные, шумов нет, ЧСС - 144 удара в минуту, пульс - 108 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Печень не увеличена. Периферические отѐки отсутствуют. Температура тела 36,9 °С.

Представлена ЭКГ отведение II (скорость 25 мм/с): 

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?

4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

**Примеры контрольных вопросов:**

1.Основные ЭКГ критерии синусовой аритмии, брадикадии, тахикардии

2. ЭКГ при нарушениях автоматизма синусового узла:

3. Основные ЭКГ критерии суправентрикулярной и желудочковой тахикардии

4. Основные ЭКГ критерии мерцания и трепетания предсердий

5. Основные ЭКГ критерии мерцания и трепетания желудочков

6. Основные ЭКГ критерии синоатриальной и атривентрикулярной блокад

7. Основные коритерии нарушений внутрижелудочковой проводимости

8. Дифференциальный диагноз брадиаритмий

9. Дифференциальный диагноз тахиаритмий с узкими комплексами

10. Дифференциальный диагноз тахиаритмий с широкими комплексами

**Текущий контроль успеваемости по теме 7:**

Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение ИБС.

**Примеры тестовых заданий:**

1. "Двойное произведение"- показатель, в определенной степени отра-жающий потребность миокарда в кислороде, представляет собой:

1. Произведение частоты сердечных сокращений на систолическое артериальное давление.
2. Произведение частоты сердечных сокращений на динами-ческое диастолическое артериальное давление.
3. Произведение частоты сердечных сокращений на среднее артериальное давление.
4. Произведение частоты сердечных сокращений на давление заклинивания легочных капилляров.

2. Прогноз заболевания у  больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в:

1. Правой коронарной артерии.
2. Передней нисходящей коронарной артерии.
3. Общем стволе левой коронарной артерии.
4. Огибающей коронарной артерии.
5. Прогноз у больных ИБС не зависит от локализации атеросклеротических поражений коронарного русла.

3. Гемодинамически значимым считается сужение коронарной артерии:

1. Не менее 25% просвета.
2. Не менее 40% просвета.
3. Не менее 50-75% просвета.
4. Не менее 90% просвета.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная К., 68 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,40С. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболезненная.

 *Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Определение синдрома болей в грудной клетке. Терминология. Классификация причин этого синдрома.
2. Клиническая картина наиболее часто встречающихся заболеваний, сопровождающихся синдромом болей в грудной клетке.
3. Диагностический поиск при наличии синдрома болей в грудной клетке. Алгоритмы диагностики. Тактика участкового врача-терапевта.
4. Диагностические критерии ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ)). Возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС. Значение инструментальных методов обследования, показания к направлению на коронарографию.
5. Показания к госпитализации, острый коронарный синдром.
6. Лечение ИБС в условиях поликлиники, выбор препаратов (с учетом доказательной медицины).
7. Тактика купирования ангинозных приступов, лечебные мероприятия при остром коронарном синдроме до приезда бригады скорой медицинской помощи и госпитализации.
8. Тактика ведения больного ИМ в поликлинике после выписки из стационара или отделения реабилитации кардиологического санатория.
9. Основные методы реабилитации больных ИБС в поликлинике.
10. Экспертиза ВН, ее сроки, показания к направлению на МСЭ, диспансеризация.

**Текущий контроль успеваемости по теме 8:**

Дифференциальная диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности.

**Примеры тестовых заданий:**

1. К основным причинам, приводящим к развитию хронической сердечной недостаточности, в основе которой лежит перегрузка повреждением, относится все перечисленное, кроме:

1. Кардиомиопатии;
2. Миокардита;
3. Гипертонической болезни;
4. Миокардиодистрофии;
5. Инфаркта миокарда.

2. К основным диагностическим критериям сердечной недостаточности относятся:

1. Увеличение сердца по данным рентгенографии органов грудной клетки;
2. Снижение толерантности к физической нагрузке по результатам нагрузочных проб;
3. Увеличение содержания в крови

3.  При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД ) у больного с острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как:

* 1. Разрыв межжелудочковой перегородки.
	2. Тромбоэмболия легочной артерии.
	3. Инфаркт миокарда правого желудочка.
	4. Всех перечисленных осложнений.
	5. Правильного ответа нет.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная К., 68 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,40С. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболезненная.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Хроническая сердечная недостаточность в практике участкового терапевта: определение, причины, классификация, лабораторно-инструментальная диагностика.

2. Тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью в амбулаторно-поликлинических условиях: немедикаментозные мероприятия, фармакотерапия и профилактика.

3. Особенности лечения артериальной гипертензии в амбулаторных условиях у пациентов с сопутствующей патологией: у больных с поражением почек, с метаболическим синдромом, ожирением, сахарным диабетом, с ЦВБ, ИБС, ХСН, с гипертрофией миокарда левого желудочка, с бессимптомным атеросклерозом, у лиц с поражением периферических артерий, гиперурикемией, СОАС. Принципы лечения рефрактерной и злокачественной артериальной гипертензии.

4. Классификация вторичных форм артериальной гипертензии. Дифференциальная диагностика и принципы терапии в амбулаторно-поликлинических условиях.

 5. Особенности клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения симптоматической почечной артериальной гипертензии на амбулаторнополиклиническом этапе.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 2:**

**«РЕВМАТОЛОГИЯ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 9:**

Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Дерматомиозит.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВЫЯВЛЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

 а) снижения в крови уровня комплемента CH5O

 б) наличия в крови ревматоидного фактора в низком титре

 в) снижения содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов

г) гипергаммаглобулинемии

2. АДЕКВАТНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗОЙ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

а) 15-25 мг

б) 30-40 мг

в) 40-60 мг

г) 80-100 мг

3. ХАРАКТЕРНЫМИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

 а) морфологические феномены, связанные с патологией ядер

б) лимфоцитарная и макрофагальная инфильтрация

в) распад клеток, образующих клеточные инфильтраты в тканях

 г) депозиты иммуноглобулинов и иммунных комплексов в ткани почек и кожи

 д) все перечисленное

**Пример ситуационной задачи:**

Больная М. 42 лет поступила с жалобами на слабость, снижение веса на 5-6 кг за 1, 5 месяца, чувство стягивания лица, онемение и покалывание пальцев рук, одышку при умеренной физической нагрузке, нарушение глотания твердой пищи. Боли в области суставов кистей и коленных суставов. Больна в течение 8 лет. Объективно: пониженного питания, кожа в области кистей, предплечий, бедер плотная, в складку не собирается, отмечаются участки атрофии и индурации кожи. Объем движений в области мелких суставов кистей резко ограничен из-за явлений мышечной контрактуры. Обнаруживается укорочение дистальной фаланги 2 пальца правой кисти и дистальной фаланги 3 пальца левой кисти. Фаланги деформированы, имеют вид муляжных. Лицо амимично. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушивается умеренное количество сухих хрипов. Тоны сердца аритмичные, приглушены, единичные экстрасистолы. Артериальное давление = 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени в пределах нормы. Общий анализ крови: СОЭ – 30 мм/ч, эритроциты – 3,5х1012/л, Hb – 98 г/л, лейкоциты – 5х109/л. Общий анализ мочи норма. Рентгенография пищевода: нарушение пассажа бария в виде замедления, сужение нижней трети пищевода. Рентгенография легких: явления диффузного пневмосклероза в нижних отделах легких. ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, желудочковые экстрасистолы. Реовазография верхних конечностей: значительное снижение кровенаполнения сосудов предплечий и кистей.

*Вопросы:*

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимы для его подтверждения?

3. Ваш план лечения в соответствии со стандартами терапии данной патологии.

4. Назовите показания к госпитализации.

**Примеры контрольных вопросов:**

1.Клиника, лабораторная и инструментальная диагностика и лечение

системной красной волчанки.

2. Клиника, диагностика и лечение системной склеродермии.

3. Клиника, диагностика и лечение дерматомиозита.

4. Клиника, диагностика и лечение узелкового периартериита.

**Текущий контроль успеваемости по теме 10:**

Системные васкулиты.

**Примеры тестовых заданий:**

1. КЛИНИЧЕСКИ КОЖНЫЙ ВАСКУЛИТ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) сетчатого ливедо

б) витилиго

в) геморрагической сыпи

г) капиллярита

2. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ВАСКУЛИТЕ ВОЗМОЖНЫ ВСЕ

ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) инфаркта миокарда и кишечника

б) падения остроты зрения

в) фиброзирующего альвеолита

г) диффузного гломерулонефрита

3. НАЗНАЧЕНИЕ ГЕПАРИНА ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ

ПОЗВОЛЯЕТ

а) устранить гиперкоагуляцию

б) улучшить почечную гемодинамику

в) подавить диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови

г) добиться всего перечисленного

**Пример ситуационной задачи:**

68-летний мужчина жалуется на сильные головные боли, скованность в шейном отделе позвоночника, боли и слабость мышц плечевого пояса, боли в мышцах тазового пояса и затруднение при вставании со стула. Головные боли возникли около 2 месяцев назад, мало поддавались действию анальгетиков и НПВС. Температура тела 37,4. При внешнем осмотре извитой болезненный тяж в области левого виска, АД 130/80 мм рт.ст. Внешне суставы не изменены, сила проксимальных мышц конечностей снижена. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила признаки остеохондроза. В общем анализе крови Нв 140г/л; лейкоциты - 8,0 тыс; СОЭ 48 мм/час. Анализ на ревматоидный фактор отрицательный, антинуклеарные антитела не обнаружены.

*Вопросы:*

 1. 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?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Понятие о системных васкулитах

2. Основные принципы классификации системных васкулитов

3. Основные клинические проявления системных васкулитов, протекающих с поражением сосудов крупного калибра (гиганто-клеточный височный артериит)

4. Основные клинические проявления системных васкулитов, протекающих с поражением

сосудов среднего калибра (узелковый полиартериит)

5. Основные клинические проявления системных васкулитов, протекающих с поражением сосудов мелкого калибра (гранулематоз с полиангиитом (Вегенера), болезнь ШенлейнГеноха).

6. Дифференциальный диагноз системных васкулитов

7. Алгоритм ведения пациента с системными васкулитами на амбулаторном, стационарных этапах

**Текущий контроль успеваемости по теме 11:**

Ревматоидный артрит. Остеоартроз. Подагра.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ДЛЯ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ

а) генетическая предрасположенность

б) нейроэндокринные нарушения

в) энзимопатии

г) аутоиммунные нарушения

2. С ТЯЖЕЛЫМ ЭРОЗИВНЫМ СЕРОПОЗИТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ АССОЦИИРУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНТИГЕН ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ

а) HLA-B27

б) HLA-DR4

в) HLA-A11

г) HLA-B35

3. ВОЗНИКНОВЕНИЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СПОСОБСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

а) эстрогенов

б) андрогенов

в) адреналина

г) паратгормона

**Пример ситуационной задачи:**

Больная 42 лет, домохозяйка, в течение нескольких лет периодически отмечала общую слабость, немотивированный подъем температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад, после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястнофаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до 37,3оС. Боли в области сердца, сердцебиение, одышка. Домашнюю работу выполняет с трудом. Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Пальпируются лимфатические узлы в подчелюстной области, подмышечные размером с горошину, плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ослабление I тона, систолический шум на верхушке. ЧСС – 96 в мин. АД = 130/80 мм рт.ст. Отмечается дефигурация вышеперечисленных суставов за счет экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны. Общий анализ крови: лейкоциты 9,0х109/л, СОЭ 35 мм/час. Биохимическое исследование крови: С-реактивный белок 25 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 127 Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен остеопороз, сужение суставной щели, единичные узуры костей.

*Вопросы:*

1.Назовите развернутый клинический диагноз.

2.Назначьте план обследования в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.

3.Ваш план лечения?

**Примеры контрольных вопросов:**

1.Классификация ревматоидного артрита, ДОА, подагры, анкилозирующего спондилоартрита (АС).

2. Особенности клинической картины и диагностики перечисленных заболеваний.

 3. Диагностические критерии ревматоидного артрита, ДОА, подагры, анкилозирующего спондилоартрита (АС).

4. Дифференциальная диагностика заболеваний суставов

5. Клинические проявления редких форм РА (синдромов Фелти, Стилла, Шегрена, Бехчета, Каплана), ювенильного РА.

6. Алгоритм дифференциальной диагностики ревматоидного артрита, ДОА, подагры, анкилозирующего спондилоартрита (АС) с другими заболеваниями, имеющими сходный суставной синдром.

7. Основные принципы лечения ревматоидного артрита, ДОА, подагры, анкилозирующего спондилоартрита (АС) Методы комплексной терапии (фармакологические средства, физиотерапия, ЛФК и массаж и т.д.)

**Текущий контроль успеваемости по теме 12:**

Дифференциальная диагностика и лечение диффузных болезней соединительной ткани.

**Примеры тестовых заданий:**

1. ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА КАКИХ СУСТАВОВ ЯВЛЯЮТСЯ УЗЕЛКИ БУШАРА?

1) проксимальных межфаланговых суставов кисти;

2) дистальных межфаланговых суставов кисти;

3) коленного сустава;

4) первого плюснефалангового сустава;

ПОРАЖЕНИЕ КАКИХ СУСТАВОВ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ОСТЕОАРТРОЗА?

1) дистальных межфалановых;

2) проксимальных межфаланговых;

3) лучезапястных;

4) коленных

3.КАКИЕ СУСТАВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ?

1) дистальные межфаланговые суставы;

2) проксимальные межфаланговые суставы;

3) первый пястно-фаланговый сустав;

4) суставы шейного отдела позвоночника

**Пример ситуационной задачи:**

Больную О., 17 лет, беспокоят боли в межфаланговых суставах пальцев рук, пяточных костях, поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при движениях и после физической нагрузки, на кожную сыпь. 4 года назад после эмоционального стресса впервые на разгибательных поверхностях коленных и локтевых суставов появились округлые розовые пятна, покрытые белыми чешуйками. На фоне приема индометацина элементы сыпи побледнели и исчезли, однако, с наступлением холодов появились снова. С этого времени обострения заболевания повторяются весной и осенью. Больная неоднократно лечилась на курортах. Принимала сероводородные ванны с положительным эффектом. Боли в суставах впервые появились год назад параллельно с очередным обострением кожных симптомов. Объективно: общее состояние удовлетворительное. На коже туловища пятнистая сыпь. Симптом Полотебнова (+). Ногтевые пластинки утолщены, покрыты мелкоточечными углублениями и легко крошатся. Кожа над дистальными межфаланговыми суставами кистей рук синюшная, окружающие ткани отечны. Определяется болезненность при пальпации указанных суставов и по ходу поясничного отдела позвоночника. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 в минуту, АД 120 и 80 мм рт ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул, диурез в норме. Периферических отеков нет. Дополнительные данные: клинический анализ крови – Эр. 4,0 х 1012, Нв 134, Л. 10,6 х 109 , СОЭ 30 мм/час. Биохимический анализ крови - ревматоидный фактор 1:16, фибриноген 5,2, СРБ ++. Рентгенограмма суставов кистей рук – субхондральный остеопороз, единичные субхондральные кисты. Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника - высота межпозвонковых дисков снижена, единичные односторонние остеофиты. Паравертебральные окостенения связаны с позвонками не полностью и образуют мостики над межпозвоночными пространствами.

*Вопросы:*

1. Диагноз заболевания

2. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику

 3. План лечения больного

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Этиология и патогенез системной красной волчанки.

2. Патоморфологические изменения при системной красной волчанке.

3. Клиническая картина системной красной волчанки.

4. Этиология и патогенез системного склероза.

5. Патоморфология системного склероза.

6. Клиническая картина системного склероза.

7. Этиология и патогенез дерматомиозита.

8. Патоморфология дерматомиозита.

9. Клиническая картина дерматомиозита.

**Текущий контроль успеваемости по теме 13:**

Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний суставов.

**Примеры тестовых заданий:**

1.КАКИЕ СИМПТОМЫ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА?

а) латеральная девиация суставов кистей;

 б) болезненность при пальпации ахиллова сухожилия;

 в) утренняя скованность;

г) подкожные узелки;

д) отек проксимальных межфаланговых суставов.

2.КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИСУЩИ ОСТЕОАРТРОЗУ?

1) анемия;

2) лейкоцитоз;

3) тромбоцитопения;

4) нормальные показатели крови

3. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ОСТЕОАРТРОЗА?

а) остеопороз;

б) множественные эрозии суставных поверхностей;

в) остеофитоз;

 г) сужение суставной щели;

д) остеосклероз.

**Пример ситуационной задачи:**

Больной М. 36 лет, жалуется на подъемы температуры до 38С° с ознобом, припухлость мелких суставов кистей, боли в мышцах нижних конечностей. Заболел остро, 4 мес. назад. Получал аспирин, антибиотики по поводу инфекционно-аллергического полиартрита. Постепенно исчезла припухлость суставов, однако оставались боль, высокая лихорадка, потливость, стал отмечать снижение болевой чувствительности и слабость в левой ноге. Прогрессивно худел. При осмотре: больной пониженного питания; кожные покровы бледные, суставы внешне не изменены, слегка свисает левая стопа, патологии внутренних органов не выявлено. АД - 150/98 мм.рт.ст. Анализ крови: НЬ 120 г/л, лейк. 12х109., эритроц. 4,2х 10'2 /л, СОЭ.42 мм/ч. *Вопросы:*

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные 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?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Принципы лечения системной красной волчанки.

2. Принципы лечения системного склероза.

3. Принципы лечения дерматомиозита.

4. Особенности лечения системных заболеваний соединительной ткани у беременных женщин.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 3:**

**«ГЕМАТОЛОГИЯ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 14:**

Эритремия. Эритроцитозы.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ЭРИТРЕМИИ ОТ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО

ЭРИТРОЦИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) степень увеличения гемоглобина

2) выраженность плеторического синдрома

3) миелопролиферативный синдром

4) лимфоаденопатия

2. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ НЕОБХОДИМОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЭРИТРЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) резко выраженный плеторический синдром

2) гипертромбоцитоз

3) панцитоз в сочетании со спленомегалией

4) увеличение гематокрита и вязкости крови

5) артериальная гипертензия

3.ЭРИТРОЦИТОЗ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

1) ишемической болезни сердца

2) инфекционном эндокардите

3) хронических заболеваниях органов дыхания

**Пример ситуационной задачи:**

Больной Н. 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому по поводу головных болей. В последнее время заметил появление красно-синюшной окраски кожи лица, инъецированность сосудов склер, потливость. В течение двух лет беспокоит кожный зуд, который усиливается после приема водных процедур. Периодически беспокоят головные боли, которые в последнее время усилились, появился шум в ушах. Полгода назад во время диспансерного осмотра зарегистрировано повышение АД до 160/100 мм рт. ст. Постоянной антигипертензивной терапии никогда не получал. В прошлом считал себя практически 26 здоровым человеком, анамнестические сведения о заболеваниях сердечнососудистой системы, болезней органов дыхания, органов пищеварения отсутствуют. Вредных привычек нет. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 25 кг/м 2 . Выраженная гиперемия кожных покровов и слизистых. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 66 ударов в минуту, АД – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. У реберного края пальпируется умеренно увеличенная селезенка (+3 см), при пальпации безболезненна. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: эритроциты – 7,5×1012/л, гемоглобин - 187 г/л; лейкоциты - 12,8×109 /л, эозинофилы - 4%, базофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 74%, лимфоциты - 5%, моноциты - 1%, тромбоциты - 434×109 /л, СОЭ – 1 мм/ч. Увеличение селезенки. Гематокрит - 56%, ОЦК – 8,5 л. Общий анализ мочи без патологических отклонений.

 *Вопросы:*

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

 4. Составьте план дополнительного обследования для уточнения основного диагноза.

 5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Какой патофизиологический механизм плеторического синдрома при

эритремии?

2.Чем отличается эритремия от симптоматических эритроцитозов?

3. Почему на IIB стадии эритремии наблюдается улучшение (практически нормализация) показателей в анализах крови?

4.Какие лабораторные признаки являются патогномоничными при истинной полицетемии?

5. Охарактеризуйте большие и малые критерии при эритремии.

6. Охарактеризуйте симптомы категории А и В при эритремии.

7.Когда используется цитостатическая терапия у больных эритремией и

почему?

**Текущий контроль успеваемости по теме 15:**

Геморрагические диатезы.

1. СИНДРОМ ВЕРЛЬГОФА (ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ) В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ ЕДИНСТВЕННЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

1) ревматоидного артрита

2) системной красной волчанки

3) геморрагического васкулита

4) узелкового полиартериита

2. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПАТОЛОГИИ ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОГО ГЕМОСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Снижение фибринолитической активности
2. Уменьшение образования активного тромбина
3. Снижение активности противосвертывающих факторов
4. Тромбоцитопении или тромбоцитопатии

3. ПЕТЕХИАЛЪНАЯ СЫПЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1. Дефицита плазменных факторов
2. Недостатка тромбоцитов
3. Избытка антикоагулянтов
4. Повышенной активности фибринолиза
5. Недостатка фибриногена

**Пример ситуационной задачи:**

Больная А. 18 лет, студентка. Поступила на 12 день болезни в тяжелом состоянии. Заболела остро. Повысилась температура до 39°С, появились боли в горле при глотании. Тогда же заметила увеличение шейных лимфоузлов. Лечилась амбулаторно, однако состояние не улучшалось, нарастала слабость. Кожные покровы и слизистые бледные, говорит с трудом. Температура тела до 40°С. Шейные, заднешейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены в размерах (3×6, 4×8 мм), болезненные. На коже геморрагические пятна. Десна разрыхлены. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, отечны, покрыты гнойным налетом, имеются некротические язвы. Легкие - перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. Систолический шум на верхушке, тоны громкие. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Язык красный. Живот мягкий, безболезненный. Селезенка и печень не пальпируются. Анализ крови: эритроциты - 2,5×1012/л, гемоглобин - 83 г/л, ретикулоциты - 0,1%, цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - 5,0×109 /л; лейкоциты - 0,8×109 /л; эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 7%, ю. - 90%, моноциты - 2%, СОЭ - 72 мм/час. Стернальный пунктат: общее количество миелокариоцитов - 6,8×109 /л. Гранулоцитов нет. Группы бластных клеток составляют 70%.

 *Вопросы:*

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Критерии основного диагноза.

 3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте план дополнительных методов обследования.

 5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Классификация геморрагических диатезов
2. Основные жалобы и варианты клинических проявлений при гемофилии
3. Основные жалобы и клинические прояваления при тромбоцитопении
4. Основные жалобы и варианты клинических проявлений при гемаррагическом васкулите
5. План обследования больного при геморрагическом синдроме
6. Основные принципы лечения при геморрагических диатезах (гемофилии, болезни Верльгофа и геморрагическом васкулите)

**Текущий контроль успеваемости по теме 16:**

Лимфогранулематоз. Миеломная болезнь.

**Примеры тестовых заданий:**

1.БЛАСТНЫЙ КРИЗ ПРИ ХМЛ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ОСТРОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА:

A. Отсутствием бластов в периферической крови.

Б. Отсутствием эозинофильно-базофильной ассоциации.

B. Отсутствием лейкемического провала. Г. Отсутствием анемии.

Д. Отсутствием тромбоцитопении.

2.СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХМЛ:

A. Применение а2-интерферона.

Б. Применение блокатора мутантной тирозинкиназы гливека.

B. Трансплантация костного мозга.

Г. Трансплантация стволовых клеток. Д. Химиотерапия.

3.ИСХОД, НЕХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ХМЛ:

A. Смерть больного от интеркуррентных инфекций. Б. Выздоровление.

B. Трансформация в остеомиелофиброз. Г. Развитие бластного криза.

Д. Смерть больного от гемолитической анемии.

**Пример ситуационной задачи:**

Больной В., 48 лет, обратился к участковому врачу c жалобами на боли в горле при глотании и повышение температуры до 38 °С. Накануне он повторно пил холодную воду, ел мороженое. Перенесенные заболевания: ОРВИ - раз в год. Семейный анамнез не отягощен. Вредных привычек нет.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 38,3 °С. Больной нормостенического телосложения, рост - 168 см, вес - 66 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, эластичность кожи хорошая. Отеков нет. Отмечается припухание боковых поверхностей шеи с обеих сторон. Пальпируются безболезненные, подвижные, не спаянные между собой и окружающими тканями, плотноватой консистенции шейные лимфатические узлы, размером с грецкий орех. Подчелюстные лимфоузлы размером с горошину, болезненные с обеих сторон. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются. При осмотре костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей болезненность и деформации не отмечаются. ЧД - 16 в минуту.

При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. При аускультации сердца тоны звучные. Шумов нет. Ритм правильный. ЧСС - 85 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эритроциты - 4,6х1012/л, НЬ - 120 г/л, тромбоциты - 255х109/л, лейкоциты - 20,3х109/л, палочкоядерные -3%, сегментоядерные - 44 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 50 %, моноциты - 1 %. СОЭ - 35 мм/ч, в миелограмме 60 % лимфоцитов.

Проводилось лечение амоксициллином по 3 г/сут в течение 8 дн. Воспалительные изменения в горле исчезли, нормализовались подчелюстные лимфоузлы. Шейные лимфоузлы остались без изменения.

*Вопросы:*

1. Какие симптомы и синдромы имеются у больного?

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3.Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?

4. Назначьте лечение.

 **Примеры контрольных вопросов:**

1.Хронические лейкозы: определение, классификация

2. Хронический лимфолейкоз(ХЛЛ):определение,этиология,патогенез,

3. формы ХЛЛ.

4. Клинические стадии ХЛЛ, критерии стадии ремиссии, критерии

прогрессирования ХЛЛ

5. Диагностика и лечение ХЛЛ

6. Хронический миелолейкоз(ХМЛ):симптомы, диагностика, лечение.

7. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК):

показания, методика, реакция отторжения» трансплантант против

хозяина».

**Текущий контроль успеваемости по теме 17:**

В-12 дефицитная анемия. Гемолитические анемии. Апластическая анемия.

**Примеры тестовых заданий:**

 1. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

А) Анизо– и пойкилоцитоз;

Б) Лейкопения;

В) Гипохромия эритроцитов;

Г) Умеренная эритропения;

Д) Все ответы верны.

2. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖДА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ:

А) Отсутствие железа в окрашенном биоптате костного мозга;

Б) Низкий уровень ферритина сыворотки;

В) Гипохромия и микроцитоз при специфических клинических данных;

Г) Ответ на терапию препаратами железа в течение 1 мес.;

Д) Обнаружение мегалобластов при исследовании костного мозга.

3. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖДА ПОКАЗАНО СОЧЕТАНИЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА С:

А) Хлористоводородной кислотой;

Б) Витаминами группы В;

В) Аскорбиновой кислотой;

Г) Ни с одним из препаратов;

Д) Со всеми препаратами одновременно.

**Пример ситуационной задачи:**

Больной И., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на озноб, повышение температуры, сухой кашель, сильную боль в правой половине грудной клетки. Больному легче лежать на правом боку.

Объективно: температура 37,80С. Состояние средней тяжести. Пациент лежит на правом боку. Кожа чистая. При

осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании. Дыхание справа ослабленное, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику п/к инъекций.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Классификация анемии.
2. Комплекс обязательных лабораторно-инструментальных исследований при выявлении синдрома анемии.
3. Клинико-лабораторные проявления железодефицитной анемии (ЖДА).
4. Клинико-лабораторные проявления гемолитических анемий.
5. Клинико-лабораторные проявления гипо-, апластических анемий.
6. Клинико-лабораторные проявления В12-, фолиеводефицитной анемии.
7. Показания к госпитализации (экстренной и плановой при ЖДА).
8. Показания для направления к гематологу больного с синдромом анемии.
9. Лечение ЖДА.
10. Первичная и вторичная профилактика ЖДА.
11. Диспансерное наблюдение при ЖДА.
12. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при ЖДА.
13. Показания к санаторно-курортному лечению при ЖДА.

**Текущий контроль успеваемости по теме 18:**

Острые лейкозы.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие в пунктате костного мозга бластов 20% и более

2) лейкоцитоз

3) геморрагический синдром

4) анемический синдром

2.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) полихимиотерапия

2) лучевая терапия

3) трансплантация костного мозга

4) плазмаферез

3. КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ ОСНОВАНА НА

1) клинической картине

2) анамнестических данных

3) показателях гемограммы

4) цитохимической и иммунофенотипической характеристике бластных клеток**Пример ситуационной задачи:**

Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°С с ознобами, кровоточивость дёсен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал Парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость. Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края рёберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезёнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см. Общий анализ крови: эритроциты - 2,3×1012/л, Hв - 78 г/л, тромбоциты - 30×109 /л, лейкоциты – 28,9×109 /л, бласты - 32%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 30.

*Вопросы:*

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?

 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.

 5. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Класификации ФАБ и ВОЗ острых лейкозов.

2. Этиопатогенетическая теория ОЛ.

3. Перечислите основные клинические синдромы, выявляемые при ОЛ.

4. Какие существуют отличия в клинической картине ОНЛЛ и ОЛЛ?

5. Назовите основные стадии ОЛ.

6. Какие факторы риска в прогнозе ОНЛЛ и ОЛЛ?

7. Какие основные диагностические критерии ОЛ?

8. Какие основные принципы лечения ОЛ?

9. Что такое протокол лечения при ОЛ?

**Текущий контроль успеваемости по теме 19:**

Дифференциальная диагностика и лечение анемий, геморрагических диатезов.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ДВС-СИНДРОМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) панцитопенией

2) гематомным типом кровотечения

3) признаками полиорганной недостаточности

2. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СРОЧНОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) острая кровопотеря

2) тяжелый анемический синдром

3) угроза развития анемической комы

4) уровень гемоглобина 75 г/л и ниже

3. БОЛЬНОГО В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

1) до нормального уровня гемоглобина

2) всю его жизнь

3) 1 год

4) 3 месяца

5) 6 месяцев

**Пример ситуационной задачи:**

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 легкой 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 абортов – 3. Из 20 перенесенных заболеваний: простудные, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический пиелонефрит. Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В легких 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 селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторона. Общий анализ крови: гемоглобин – 82 г/л, эритроциты - 3,2×1012/л, цветовой показатель - 0,7, ретикулоциты - 13%, тромбоциты - 180×109 /л, лейкоциты - 4,2×109 /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?

**Примеры контрольных вопросов:**

1.Почему в терапии ЖДА предпочтительны таблетированные препараты с двухвалентным железом?

2. Почему необходимо длительное лечение больных с ЖДА после нормализации уровня гемоглобина?

3. Классификация В12-(фолиево)-ДА.

4. Почему при В12ДА изменения выявляются по всем росткам кроветворения?

5. Какие особенности лечения В12ДА при неврологической симптоматике?

6. Основные причины апластической анемии.

7. Чем отличается апластическая анемия от апластической стадии ОЛ?

**Текущий контроль успеваемости по теме 20:**

Дифференциальная диагностика и лечение опухолевых заболеваний системы крови.

1.ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ НАЗЫВАЮТСЯ

1) клетки Боткина-Гумбрехта

2) клетки Штенгеймера-Мальбина

3) клетки Березовского-Штернберга

4) мегалобласты

2.КЛЕТКИ БОТКИНА-ГУМБРЕХТА МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ПРИ

1) хроническом миелолейкозе

2) миеломной болезни

3) хроническом лимфолейкозе

4) остром лейкозе

3.ПРИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ СОДЕРЖАНИЕ БЛАСТОВ В КОСТНОМ МОЗГЕ СОСТАВЛЯЕТ ДО

1) 5%

2) 10%

3) 15%

**Пример ситуационной задачи:**

На приёме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, 17 шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012/л, Нв – 129 г/л, тромбоциты – 200×109 /л, лейкоциты – 39×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

*Вопросы:*

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

 4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.

5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

**Примеры контрольных вопросов:**

1.Характерно ли значительное увеличение лимфоузлов для ХМЛ?

2. Может ли ХМЛ протекать бессимптомно и выявляться при случайном

анализе крови?

3. Всегда ли необходима стернальная пункция для подтверждения диагноза ХМЛ?

4. Перечислите изменения картины крови, характерные для раннего периода ХМЛ.

5. Назовите клинические стадии ХМЛ в соответствии со стадиями опухолевого процесса при этом заболевании.

6. Перечислите признаки, указывающие на переход развернутой стадии

ХМЛ в терминальную

7. Перечислите признаки терминальной стадии ХМЛ.

8. Чем обусловлено увеличение селезенки и печени при ХМЛ?

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 4:**

**«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 21:**

Болезни желчного пузыря и желчных путей.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО

ХОЛЕЦИСТИТА ОТВОДИТСЯ

1) протею

2) эшерихии

3) стафилококку

4) стрептококку

5) энтерококку

2. РАЗВИТИЮ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СПОСОБСТВУЕТ

1) гиперкинетическая дискинезия желчевыводящих путей

2) гемолитическая анемия

3) тяжелая физическая нагрузка

3. УЛУЧШАЕТ СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

1) урсодезоксихолевая кислота

2) ингибиторы протонной помпы

3) дротаверин

4) НПВП

**Пример ситуационной задачи:**

Вы фельдшер ФАПа. Вызваны на дом к мужчине 42 лет, который жалуется на подъем температуры до 38,5°, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, умеренную одышку в покое.

Заболел неделю назад, когда после переохлаждения появились симптомы ОРВИ. Наблюдался постепенный подъем температуры от 37,2° до 38,5°; кашель – лающий, сухой - постепенно становился влажным, вначале с отделением слизистой, а затем слизисто-гнойной мокроты. Со вчерашнего дня ощущает небольшую одышку.

Объективно: кожные покровы слегка гиперемированы. PS - 84 удара в минуту, обычных свойств. АД 110/70 мм рт.ст. температура 38,5°, число дыхательных движений – 24 в минуту. В легких справа в области угла лопатки перкуторный звук притуплен, здесь же дыхание несколько жестковатое, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Определите ваши действия в отношении данного пациента.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.
5. Приготовьте все необходимое для сбора мокроты на общий анализ, чувствительность к антибиотикам, объясните методику проведения данных манипуляций.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта: определение, классификация, причины возникновения, клиническая картина, значение лабораторноинструментальных данных в диагностике разных форм. Дифференцированное лечение различных форм. Экспертиза трудоспособности.

 2. Хронический некалькулезный холецистит: клиническая симптоматика, определение тяжести течения заболевания, методы обследования, используемые для подтверждения заболевания. Лечение и профилактика в амбулаторнополиклинических условиях. Санаторно-курортное лечение. Экспертиза трудоспособности. Диспансерное наблюдение больных участковым терапевтом.

 3. Желчекаменная болезнь. Калькулезный холецистит. Клиническая симптоматика, методы обследования, используемые для подтверждения заболевания. Показания к консультации хирурга. Лечение и профилактика в амбулаторно-поликлинических условиях. Санаторно-курортное лечение. Экспертиза трудоспособности. Диспансерное наблюдение больных участковым терапевтом.

**Текущий контроль успеваемости по теме 22:**

Неспецифический язвенный колит.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ДЛЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВЕРНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) развитие его после приема антибиотиков

2) ведущее клиническое проявление: диареи без примеси крови

3) определение эрозий, язв, псевдополипов толстой кишки при эндоскопии

4) определение эрозий, язв, псевдополипов тонкой кишки при эндоскопии

5) характерное изолированное поражение илеоцекальной области

2. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА – ЭТО

1) кишечные кровотечения

2) боль в животе

3) запор

4) перианальные абсцессы

5) рвота с кровью

3. ПРИ СИНДРОМЕ «УКЛОНЕНИЯ ФЕРМЕНТОВ В КРОВЬ» РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

1) преднизолона

2) апротинина

3) креона

4) азатиоприна

5) маннита

**Пример ситуационной задачи:**

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°С, 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 - 3,4×1012/л, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты - 10,0×109 /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.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Какие заболевания толстой кишки вы знаете?

2. Проведите дифференциальную диагностику неспецифического

язвенного колита с болезнью Крона.

3. Какие бывают осложнения неспецифического язвенного колита?

4. Укажите осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки и

их лечение.

5. Какие доброкачественные опухоли толстой и прямой кишки вы знаете?

6. Назовите методы диагностики болезней толстой и прямой кишки.

7. Что такое колоректальный рак?

8. Какие выделяют стадии развития рака прямой кишки?

**Текущий контроль успеваемости по теме 23:**

Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний печени и желчевыводящих путей.

**Примеры тестовых заданий:**

1. ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА ВКЛЮЧАЕТ

1) голод

2) холеретики

3) фенобарбитал

4) ферменты

5) гепатопротекторы

2. ПОДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1) синдроме Дабина-Джонсона

2) внутрипеченочном холестазе беременных

3) раке головки поджелудочной железы

4) первичном билиарном циррозе

5) синдроме Жильбера

3. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) геморрагический синдром

2) варикозно расширенные вены пищевода

3) спленомегалия

4) тромбоз портальной вены

5) ахолия кала

**Пример ситуационной задачи:**

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. 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 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. Легкие без патологических изменений. Расширена левая граница сердца до левой среднеключичной линии. Уплотнены стенки лучевых артерий (пальпируются в виде - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в собственно эпигастрии. При пальпации отделы кишечника не изменены. Печень по краю реберной дуги, пузырные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ 4 мм/час, эритроциты - 5,2×1012/л, лейкоциты - 7,6×109 /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 37%. 20 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 – послеязвенный рубец звездчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистая 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.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Дайте определение понятию «холецистит».

2. Перечислите основные этиологические факторы и факторы риска острого и хронического холецистита.

3. Опишите клиническую картину острого и хронического холецистита.

4. Дайте определение понятию «хронический гепатит».

5. Опишите этиологию, патогенез и клиническую картину хронического гепатита.

6. Дайте определение понятию «цирроз печени».

7. Опишите этиологию, патогенез и клиническую картину цирроза печени.

8. Дайте определение понятию «острая и хроническая печеночная недостаточность».

9. Опишите этиологию, патогенез и клиническую картину острой и хронической печеночной недостаточности.

10. Перечислите лабораторные и инструментальные методы исследования при заболеваниях гепатобилиарной системы

**Текущий контроль успеваемости по теме 24:**

Дифференциальная диагностика и лечение кислотозависимых заболеваний. Дифференциальная диагностика и лечение воспалительных заболеваний кишечника.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ ПРИ ГИПОМОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ

1) щадящую диету (кисели, макароны, манная каша)

2) пикосульфат натрия

3) пинаверия бромид

4) месалазин

5) рифаксимин

2. ДЛЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ХАРАКТЕРНО

1) абдоминальная боль или дискомфорт с изменением частоты и

формы стула

2) значительная потеря веса

3) лейко- и тромбоцитоз, повышенная СОЭ

4) выделение крови с калом

5) развитие его у женщин старше 40 лет

3. ЗАПОР МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

1) гормонов щитовидной железы

2) антибиотиков

3) антидепрессантов

4) лактулозы

**Пример ситуационной задачи:**

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 Ношпу. 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, пузырные 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 - 5,2×1012/л, лейкоциты - 11,2×109 /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. мочевина - 4,7 ммоль/л. 19 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.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Основные клинические синдромы при воспалительных заболеваниях кишечника.

2. Диагностический алгоритм при воспалительных заболеваниях

кишечника.

3. Основные моменты в дифференциальном диагнозе воспалительных заболеваний кишечника.

4. Цели терапии при воспалительных заболеваниях кишечника, показания для хирургического лечения.

5. Микроскопические колиты: клинические проявления, диагностика и тактика ведения.

6. Целиакия: распространенность, клинические проявления, серологическая и инструментальная диагностика.

7. Тактика ведения пациентов с целиакией.

8. Клинические проявления ДБК, диагностика, тактика ведения различных форм.

9. БУ: распространенность, клинические проявления, дифференциальный диагноз и тактика ведения.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 5:**

**«ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 25:**

Плевриты.

**Примеры тестовых заданий:**

1. ОСНОВНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМОМ ФИБРИНОЗНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

а) отсутствие голосового дрожания
б) притупление перкуторного тона
в) локальное ослабление везикулярного дыхания

г) шум трения плевры

д) шум трения перикарда

2. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ЖЕСТКОЕ ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ И СУХИМИ СВИСТЯЩИМИ ХРИПАМИ
а) бронхообструкция
в) бронховоспаление

г) уплотнение легочной ткани

д)гидроторакс

3. СИНДРОМ УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
а) локальные изменения - притупление перкуторного тона, усиление голосового дрожания, жесткое дыхание с влажными мелкопузырчатые хрипы
б) локальные изменения - притупление перкуторного тона, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с влажными мелкопузырчатые хрипы

в) локальные изменения - коробочный перкуторныйы тон, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с влажными разнокалиберными хрипами

**Пример ситуационной задачи:**

Вы работаете фельдшером на здравпункте. К вам обращается рабочий с жалобами на боль в правой половине грудной клетки при дыхании. Боль усиливается при кашле, наклоне туловища влево. Боль появилась два дня назад. Четкую причину указать не может. Объективно: t=37,4°, кожные покровы розовые. Грудная клетка обычной формы. При осмотре отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно над легкими - ясный легочной звук. При аускультации справа дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные, чистые.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Какие исследования требуются для уточнения диагноза?

3. Определите тактику ведения больного, медикаментозного лечения и профилактики данного заболевания.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Понятие об экссудате и транссудате
2. Дифференциальный диагноз плеврита
3. Алгоритм ведения пациента с плевритом на амбулаторном, стационарных этапах
4. Основные ошибки амбулаторного этапа.

**Текущий контроль успеваемости по теме 26:**

Хроническое легочное сердце.

**Примеры тестовых заданий:**

1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ:

а) электролитов потовой жидкости
б) разности носовых потенциалов

в) молекулярно-генетическое исследование

г) все перечисленное

2. ПРИ РЕСТРИКТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ ВЕНТИЛЯЦИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО УМЕНЬШАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ:
а) дыхательный обьем
б) остаточный обьем легких

в) жизненная емкость легких
г) общая емкость легких
д) функциональная остаточная емкость легких

3. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНОГО ИЛИ РЕСТРИКТИВНОГО ВАРИАНТОВ НАРУШЕНИЙ МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛЕГКИХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДИКИ:
а) спирометрия
б) плетизмография

в) исследование диффузионной способности легких

**Пример ситуационной задачи:**

Мальчик 8 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание.

Мальчик от третьей беременности (дети от первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости).

Болен с рождения: отмечался постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующие годы неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". ЧД - 40 в 1 минуту, ЧСС - 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева -жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке слабой интенсивности. Печень +5-6 см. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Общий анализ крови: НЪ - 100 г/л, Эр- 3,5х1012/л, Ц.п. - 0,85, Лейк - 7,7х109/л, п/я - 8%, с - 54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ -45 мм/час.

Биохимический анализ крови:общий белок - 60 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа1- 9%, альфа2 - 15%, бета -10,5%, гамма- - 19,5%, тимоловая проба - 9,0, СРБ ++, Щф -850 Ед/л (норма - 220-820), АЛТ - 36 Ед/л, ACT - 30 Ед/л.

Пилокарпиновая проба:натрий - 132 ммоль/л, хлор - 120 ммоль/л.

Копрограмма:большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клепки:усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхососудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце".

УЗИ органов брюшной полости:печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа -15x8x25 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры; желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные.

*Вопросы:*

1.Дайте оценку приведенных лабораторно-инструментальных методов исследования.

2. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.

4. Сформулируйте диагноз.

5. Каковы этиология и патогенез основного заболевания?

6. Назначьте лечение.

7. Какие виды физиотерапии показаны во время обострения заболевания?

8. Есть ли методы пренатальной диагностики данного заболевания?

9. Каков прогноз?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Какие стадии выделяют при ХЛС?
2. Какие клинические признаки отмечаются при ХЛС в стадию компенсации?
3. Какие клинические признаки отмечаются при ХЛС в стадию декомпенсации?
4. Перечислите симптомы , составляющие синдром правожелудочковой недостаточности?

**Текущий контроль успеваемости по теме 27:**

Дифференциальная диагностика и лечение при легочном инфильтрате.

**Примеры тестовых заданий:**

1. Укажите пневмонию, которая не входит в современную классификацию по условиям возникновения:
а) внебольничная
б) крупозная

в) нозокомиальная
г) аспирационная
д) пневмония у лиц с иммунодефицитом

2. КАКОЙ АНТИБИОТИК НЕ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ МАКРОЛИДОВ:

а) кларитромицин
б) азитромицин
в) спирамицин

г) гентамицин

3. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НОЗОКОМАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ В ОТДЕЛЕНИИ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ЯВЛЯЮТСЯ:
а) тетрациклины
б) гликопептиды

в) цефалоспорины 3 поколения
г) полусинтетические пенициллины

д) макролиды;

**Пример ситуационной задачи:**

Фельдшер вызван на дом к больному З., 32-х лет. Больной жалуется на сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным зловонным запахом, на повышенную температуру, недомогание, одышку, боль в правой половине грудной клетки. Заболел неделю назад после переохлаждения. За медицинской помощью не

обращался, принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом. Объективно: температура 38,50С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Гиперемия лица. При перкуссии грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления дыхание бронхиальное, выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. ЧСС 102 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Какие исследования требуются для уточнения диагноза?

3. Назовите возможные осложнения данного заболевания..

4. Определите тактику ведения больного.

5. Выберите тактику медикаментозного лечения и профилактики данного заболевания.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Пневмонии. Определение, классификация, этиология. Клинические варианты в зависимости от этиологического фактора. Осложнения. Принципы лечения.
2. Нагноительные заболевания легких (абсцесс, гангрена): этиология, патогенез, диагностика, варианты течения, лечение и профилактика.
3. Бронхоэктатическая болезнь. Определение, классификация, современные взгляды на этиологию и патогенез. Клиника и диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Принципы лечения, реабилитация.
4. Грибковые заболевания легких. Этиология (основные виды возбудителей). Классификация, клинические варианты заболевания. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
5. Острые бронхиты, определение, современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация

**Текущий контроль успеваемости по теме 28:**

Дифференциальная диагностика и лечение при бронхоспастическом синдроме.

**Примеры тестовых заданий:**

1. Для диагностики муковисцидоза необходимо провести исследование:

а) электролитов потовой жидкости
б) разности носовых потенциалов
в) молекулярно-генетическое исследование

г) все перечисленное

2. Что является классическим признаком острой вирусной инфекции по данным серологического обследования парных сывороток крови больного?
а) отсутствие противовирусных антител
б) прирост антител

в) снижение уровня антител

3. Наиболее частый фактор возникновения деструкций в легких –

а) нагноительный процесс в брюшной полости
б) контаминация
в) септическое состояние

г) аспирация

**Пример ситуационной задачи:**

Юноша 17 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением. Из анамнеза известно, что с раннего возраста поставлен диагноз дефицит альфа-1-антитрипсина.

Объективно: температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст.

*Вопросы:*

1.Поставьте развернутый диагноз.

2.Обоснуйте поставленный диагноз.

3.Какие лабораторные исследования могут помочь в постановке диагноза?

4.Какое дообследование необходимо провести больному?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Хронические бронхиты Определение, современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация.
2. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические варианты течения, осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика,
3. Легочное сердце. Определение, классификация. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клиническая картина, осложнения. Профилактика, лечение,
4. Бронхиальная астма Определение, классификация. Патогенетические варианты, клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Современные представления о лечении. Профилактика, реабилитация,
5. Интерстициальные заболевания легких (классификация, определение). Современные представления об интерстициальных заболеваниях легких. Классификация, эпидемиология, общие вопросы диагностики и лечения.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 6:**

**«НЕФРОЛОГИЯ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 29:**

Амилоидоз почек. Нефротический синдром.

**Примеры тестовых заданий:**

1.НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ РАЗВИТИЕМ АМИЛОИДОЗА

А) подагра

Б) туберкулез

В) деформирующий остоартроз

Г) ревматоидный артрит

Д) хронические нагноительные процессы

2. У БОЛЬНОГО С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ?

А) хронический пиелонефрит

Б) амилоидоз

В) интерстициальный нефрит

Г) хронический гломерулонефрит

3. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА?

А) исследование осадка мочи

Б) компьютерная томография и УЗИ

В) биопсия почки

Г) внутривенная урография

**Пример ситуационной задачи:**

Анамнез жизни: девочка 3-х лет, от II беременности, протекавшей с токсикозом в 1-м триместре и нефропатией в 3-ем. Роды 2-ые, в срок. Масса тела при рождении – 3600 г, длина – 52 см. На грудном вскармливании до 3-х месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Перенесла краснуху, ОРВИ болела редко.

Анамнез заболевания: настоящее заболевание началось с рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. В течение 4-х дней находилась дома, получала энтерофурил. На 5-ый день появилась резкая бледность, слабость, вялость, боль в поясничной области, озноб, двукратная рвота.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Аускультативно в легких – дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии, верхняя – по 3 ребру. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень выступает на 3 см выступает из-под края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигурия, на следующий день – анурия.

Клинический анализ крови: Hb – 75 г/л; эр. – 2,2×1012/л; ретикул. – 18%; тромб. – 70,0×109/л; лейк. – 15,7×109/л; СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество мочи – 10,0 мл; цвет – темно- коричневый; белок – 0,66 г/л; лейк. – 2-3 в п/зр.; эр. – до 50 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л; СРБ – 15 г/л (N 0-5); общий билирубин – 40 мкмоль/л; прямой – 3,5 мкмоль/л; холестерин – 4,7 ммоль/л; глюкоза – 4,5 ммоль/л; мочевина – 28,6 ммоль/л; креатинин – 573 мкмоль/л; К – 6,19 ммоль/л; Na – 128,0 ммоль/л.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система не изменена.

*Вопросы*:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова предположительно этиология данного заболевания?
3. Определите тактику ведения больной и основные направления лечебных мероприятий?
4. Прогноз и возможные исходы заболевания

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Определение амилоидоза.

2. Классификация амилоидозов.

3. Клиническая картина амилоидоза почек.

4. Поражение сердечно-сосудистой системы при амилоидозе.

5. Особенности течения амилоидоза, его продолжительность и прогноз.

6. Стадии развития амилоидоза почек.

7. Лечение.

8. Реабилитация больных онкологическими заболеваниями мочевыделительной

системы (рак мочевого пузыря, почек).

**Текущий контроль успеваемости по теме 30:**

Острая почечная недостаточность.

**Примеры тестовых заданий:**

1. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПН:

а) переохлаждение

б) переливание несовместимой крови

в) заболевание вирусной инфекцией

г) эмоциональное напряжение

2. ОПН РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ:

а) гемодинамики сердца

б) гемодинамики легких

в) гемодинамики почек

г) гемодинамики желудочно-кишечного тракта

3. МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОПН ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ:

а)олигоанурии

б)полидипсии

в)полакиурии

г) дизурии

д) азотемии

**Пример ситуационной задачи:**

Мальчик, 8-ми месяцев поступил в стационар в связи с рецидивирующей лейкоцитурией.

Анамнез жизни: Ребенок от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в течение всей беременности, 1-ых родов на 36-ой неделе беременности. При рождении масса тела – 2400 г, длина – 46 см.

Анамнез болезни: Внутриутробно (на 20 неделе гестации) при УЗИ заподозрен двусторонний гидронефроз. На 3-ем месяце жизни при УЗИ выявлена двусторонняя пиелоэктазия.

В возрасте 3-х месяцев по данным УЗИ почек: правая – 58×12 мм, паренхима – 7 мм; левая – 55×20 мм, паренхима – 8 мм. Чашечно- лоханочные комплексы разбросаны, щелевидной формы, в просвете небольшое количество взвеси, стенки уплотнены. Мочевой пузырь средних размеров, стенки с неровными контурами, эхогенность их неоднородная, толщина до 5 мм, полость – эхонегативная. В предпузырном отделе определяются мочеточники, диаметр их периодически достигает 7 мм, стенки утолщены. После микции – небольшое количество остаточной мочи.

В возрасте 6-ти месяцев перенес атаку пиелонефрита. Находился на стационарном лечении. Получал цефазолин – 6 дней, затем супракс – 6 дней.
При поступлении: состояние средней тяжести. Лихорадит до 38oС, бледен. Кожа чистая, отеков нет. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС – 120 в 1 мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Мочеиспускание с натуживанием. Струя вялая, кашицеобразный, без примесей.

прерывистая. Стул ежедневно. Общий анализ мочи: белок – 0,03 г/л; лейк. – до 90 в п/зр.

Цистография: мочевой пузырь расположен обычно, по левому контуру выявляется дивертикулоподобное выпячивание размером 5×4 см. Контур четкий, ровный. Имеет место стеноз уретры. Задняя уретра расширена до 1,5 см. Диаметр передней уретры 3 мм.

Цистоуретроскопия: на границе верхней и средней трети мочевого пузыря на боковой стенке слева имеется широкий (диаметром 1 см) округлый вход в дивертикул пузыря (размером 5×4 см) Последний выстлан неизмененной слизистой. В теле и верхушке пузыря выраженная трабекулярность стенки. Обнаружен клапан задней уретры.

УЗИ почек: правая 67×28 мм, паренхима – 11 мм, левая 64×28 мм, паренхима 10 мм. Паренхима не дифференцирована, смазана, эхогенность повышена. Справа лоханка – 5,5 мм, верхняя группа чашечек – 2 мм. Слева лоханка – 6,5 мм, верхняя группа чашечек – 3 мм. Кровоток прослеживается до капсулы почек.

*Вопросы*:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Нуждается ли больной в дополнительном обследовании? Если – да, то в каком?
3. Назначьте лечение. Какое лечение, помимо фармакотерапии,
4. необходимо больному?
5. Каков прогноз заболевания?

**Примеры контрольных вопросов:**

1.Острая почечная недостаточность (ОПН). Прернальная, ренальная и

постренальная острая почечная недостаточность.

2. Стадии ОПН.

3. Морфология ОПН.

4. Нефросклероз.

**Текущий контроль успеваемости по теме 31:**

Хронические пиелонефриты. Хроническая болезнь почек.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А)олигурия

Б) острый гнойный пиелонефрит

В) высокая лихорадка

Г) уретерогидронефроз

Д) хроническая почечная недостаточность

2. НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНУЮ ТРИАДУ СИМПТОМОВ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

А) высокая температура тела, боль в пояснице, изменения мочи

Б) боль в пояснице, изменения мочи, анурия

В) высокая температура тела, анурия, боль в пояснице

Г) высокая температура тела, изменения мочи, анурия

Д) изменения мочи, боль в пояснице, ишурия

3. НАЗОВИТЕ ОБЩИЙ СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

А) озноб

Б) повышение температуры до 39-40°

В) диарея

Г) головная боль

Д) тошнота, рвота

**Пример ситуационной задачи:**

Девочка 4-х лет направлена в стационар с жалобами на лихорадку, боли в поясничной области, больше справа, умеренной интенсивности.

Анамнез заболевания. Больна в течение 5-ти дней: после переохлаждения отмечались учащенные мочеиспускания, на 6-ой день – подъем температуры до 39°С, озноб, головная боль при отсутствии катаральных явлений.

Анамнез жизни. Девочка часто болеет ОРВИ. На 1 году жизни перенесла рахит. В 2,5 года получала курс препаратов железа в связи с анемией легкой степени. Отклонений в анализах мочи не было.

При поступлении: состояние средней тяжести. Девочка вялая, лихорадит до 38,8°С. Физическое развитие соответствует возрасту, пониженного питания. Кожные покровы бледные, под глазами тени, отеков нет. Зев бледный, нос не заложен. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС – 120 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивая – положительный справа. Печень и селезенка не пальпируются. АД – 90/50 мм рт. ст. Мочеиспускание не затруднено, безболезненное. Моча – мутная. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: Hb – 104 г/л; эр. – 4,0×1012/л; тромб. – 420×109/л; лейк. – 18,5×109/л: п/я – 10%, с/я – 66%, э. – 1%, л. – 15%, м. – 8%; СОЭ – 37 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – желтый; прозрачность – мутная; реакция – нейтральная; относительная плотность – 1011; белок – 0,2 г/л; лейк. – сплошь в п/зр., эр. – 12-15 в п/зр., бактерий –много; слизь – много.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л; альбумины – 40 г/л; мочевина – 5,4 ммоль/л; креатинин – 54 мкмоль/л; СРБ – 15 г/л (N 0-5).

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки расположены типично, несколько увеличены в размерах: левая – 78 ×38 ×32 мм; правая – 77×36×30 мм. Слои паренхимы дифференцируются нечетко. Чашечно- лоханочная система – без деформаций и эктазий. Стенка правой лоханки утолщена. Стенка мочевого пузыря не утолщена.

*Вопросы*:

1. Сформулируйте диагноз. Какова наиболее вероятная этиология заболевания?
2. Назначьте лечение. Какие антибиотики целесообразно назначить в качестве стартовой терапии до получения результата посевов мочи?
3. Есть ли показания к назначению рентгеноурологического обследования?
4. Есть ли показания к длительному профилактическому лечению после санации мочи?
5. Укажите схему диспансерного наблюдения после выписки из стационара.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Пути проникновения инфекции в почку при пиелонефрите.

2. Клинические проявления острого пиелонефрита.

3. Диагностика острого пиелонефрита.

4. Лечение острого вторичного пиелонефрита.

5. Факторы, способствующие развитию острого вторичного пиелонефрита.

**Текущий контроль успеваемости по теме 32:**

Дифференциальная диагностика мочевого синдрома.

**Примеры тестовых заданий:**

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СОЧЕТАНИЕМ ОСНОВНЫХ СИНДРОМОВ

1. мочевого;
2. нефротического;
3. болевого;
4. гипертензионного.

2. СОСТАВЛЯЮЩИЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА:

1. массивная протеинурия;
2. гипоальбуминемия;
3. отеки;
4. гиперальбуминемия;
5. гиперлипидемия;
6. микрогематурия.

3.МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. гематурия;
2. бактериурия;
3. кристаллурия;
4. лейкоцитурия;
5. протеинурия.

**Пример ситуационной задачи:**

Девочка 6-ти лет поступила в стационар с направляющим диагнозом «Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Рахитоподобное заболевание».

Анамнез заболевания: в возрасте 3-х лет по поводу незначительной лейкоцитурии (до 8-10 в п/зр), получала лечение фурагином. Подробное обследование не проводилось. Далее отмечались незначительная протеинурия, снижение плотности мочи до 1010, понижение уровня гемоглобина до 85-90 г/л, повышенная жажда. Неоднократно лечилась препаратами железа без существенного успеха. В течение последнего года стало проявляться вальгусное искривление нижних конечностей, несколько раз консультирована ортопедом, но точный диагноз поставлен не был. Неделю назад при оформлении в детский сад обнаружено снижение гемоглобина до 56 г/л, в связи с чем для уточнения диагноза девочка направлена в стационар.

Анамнез жизни: Родилась от I беременности, протекавшей с ОРВИ на сроке 12-14 недель, нефропатией, 1-х срочных неосложненных родов. Психомоторное развитие по возрасту. Болела ОРВИ 5-6 раз в год. Семейный анамнез. Родители здоровы. У родственников по линии отца – гастрит, гипертоническая болезнь; у бабушки по матери – бронхиальная астма.

При осмотре состояние средней тяжести, питание понижено, физическое развитие соответствует 3 перцентилям. Кожные покровы бледные, с серовато-желтым оттенком, склеры чистые. Обращают на себя внимание Х-образно искривленные ноги. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС – 102 в 1 мин. Живот не увеличен в объеме. Печень и селезенка не пальпируются. АД – 135/80 мм рт. ст. Моча прозрачная, мочеиспускание не затруднено, безболезненное. Диурез увеличен. Стул оформленный.

Общий анализ крови: Hb – 56 г/л; эр. – 2,9×1012/л; тромб. – 255,0 ×10,9/л; лейк. 5,8 ×109/л: п/я – 2%, с/я – 65%, лимф. – 27%, эоз. – 1%, мон. – 5%; СОЭ – 26 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность– 1005; белок – 0,099 г/л; лейк. – 3-5 в п/зр.; эритр. – 1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л; альбумины – 37 г/л; АЛТ – 15 Ед/л; АСТ – 32 Ед/л; щелочная фосфатаза – 1169 Ед/л; мочевина – 26,4 ммоль/л; креатинин – 485 мкмоль/л; кальций общий – 1,9 ммоль/л; Ca++ – 0,9 ммоль/л; Na – 135 ммоль/л; К – 3,8 ммоль/л.

Проба по Зимницкому: относительная плотность мочи – 1001-1010; диурез: дневной – 750 мл, ночной – 950 мл.

Кислотно-основное состояние крови: рН = 7,25; ВЕ = - 13,2.

УЗИ почек: Почки расположены типично, значительно уменьшены в размерах, плохо дифференцируются от окружающей ткани, контуры их неровные. Слои паренхимы практически не дифференцируются. Чашечно- лоханочная система без деформаций и эктазий.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимы в данном случае?
3. Назначьте лечение (включая рекомендации по диете).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения ребенка.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Что входит в понятие «мочевой синдром»?

2. Синдром инфекции мочевых путей: клиника, диагностика.

3. Синдром почечной артериальной гипертензии: патогенез, клиника,

диагностика.

4. Что такое почечная эклампсия, ее диагностические признаки?

5. Нефротический синдром: определение, причины и механизмы развития,

клиническая и лабораторная диагностика.

6. Остронефритический синдром.

7.Синдром острого почечного поражения. Причины развития острой

почечной недостаточности, ее стадии и диагностические признаки.

**Текущий контроль успеваемости по теме 33:**

Хроническая болезнь почек. Диагностика, лечение.

**Примеры тестовых заданий:**

1. 3 СТАДИЯ ХБП ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) Кожным зудом;
**2) Никтурией;**
3) Олигурией;
**4) Полиурией;**
5) Тошнотой.

2. ВНЕПОЧЕЧНЫМИ ФАКТОРАМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К ПРОТЕИНУРИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

1) Вегетарианское питание;
2) Высокие цифры артериального давления;
3) Гиподинамия;
**4) Заболевания, протекающие с лихорадкой;**
**5) Интенсивные физические нагрузки.**

3. ВЫСОКУЮ АЛЬБУМИНУРИЮ (А2) ОПРЕДЕЛЯЕТ СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ АЛЬБУМИНАВ В КОЛИЧЕСТВЕ

1) 1-10 мг/сут;
2) 10-30 мг/сут;
**3) 30-300 мг/сут;**
4) 300-1000 мг/сут;
5) Более 1000 мг/сут.

**Пример ситуационной задачи:**

Мальчик 10-ти лет поступил в больницу с жалобами на головную боль, тошноту, вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Анамнез жизни: Ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом 1- ой половины, срочных физиологических родов. Масса тела при рождении – 3200 г, длина - 52 см. Раннее развитие без особенностей. До года страдал атопическим дерматитом, после года часто болел ОРВИ, трижды – ангинами.

Анамнез болезни: Три недели назад перенес ангину, неделю назад выписан в школу. В течение последних двух дней появились головная боль, тошнота, потеря аппетита, стал мало мочиться. Моча – темно-коричневого цвета, мутная.

При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на головную боль. Отмечаются одутловатость лица, плотные отеки на голенях. АД – 145/90 мм рт. ст. Аускультативно в легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии расширены влево. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке, ЧСС 78 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 2,5 см из-под края правой реберной дуги, край мягко-эластичной консистенции. Мочеиспускание не затруднено, моча красно- коричневого цвета, мутная. Мочится редко.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1024, белок – 1,5 г/л, лейк. – 4-6 в п/зр.; эр. – измененные – покрывают все поля зрения.

Посев мочи: результат отрицательный. 12

Клинический анализ крови: Hb – 105 г/л; эр. –3,9×10 /л; тромб. – 330х109/л; лейк. – 8,2×109/л: п/я – 3%, с/я – 71%, э. – 1%, л. – 22%, м.. – 3%; СОЭ – 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л; альбумины – 32 г/л; холестерин -4,6 ммоль/л; мочевина – 12 ммоль/л; креатинин – 140 мкмоль/л; серомукоид – 0,38; АСЛ-О – 1800 е/л; СРБ – 12 мг/л (норма 0-5); K– 5,1 ммоль/л; Na– 140 ммоль/л.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное. Дифференцировка слоев паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена, кровоток симметричный, до капсулы, индексы резистентности повышены. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

*Вопросы:*

Сформулируйте развернутый диагноз.

Составьте план дополнительных обследований.

Составьте план лечения.

Какие осложнения возможны при данном заболевании?

Каков прогноз заболевания?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Что такое хроническая болезнь почек?

2. Причины и факторы риска развития ХБП.

3. Назовите маркеры почечного повреждения.

4. Методы подсчета СКФ.

5.Классификация ХБП в зависимости от СКФ и уровня альбуминурии/протеинурии.

6. Принципы профилактики ХБП.

**Текущий контроль успеваемости по теме 34:**

Гломерулонефриты. Дифференциальная диагностика и лечение.

**Примеры тестовых заданий:**

1. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ВЫЗЫВАЮТ РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА?

а) сывороточный;

б) вакцинный;

в) яд насекомых;

г) лекарственные вещества;

д) пищевые продукты.

2. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНЫ:

а) гиперволемией;

б) задержкой натрия и воды;

в) гиперренинемней;

г) повышением концентрации простагландинов;

д) спазмом

3. ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА?

а) отеки;

б) одышка;

в) гипертония;

г) гематурия;

д) сердцебиение.

**Пример ситуационной задачи:**

Больной 37 лет, 5 лет назад после перенесения рожистого воспаления голени на протяжении двух месяцев находился на лечении по месту жительства по поводу острого гломерулонефрита, протекавшего с общими отеками, умеренной гипертонией и выраженными изменениями в моче с протеинурией и гематурией. При выписке из больницы и в последующие годы при повторных исследованиях мочи сохранялись протеинурия (0,5 -2,0 г/л белка в моче), микрогематурия. Последние два года отмечает учащенные (2-3 раза) обильные ночные мочеиспускания, жажду, стал меньше потеть при физической работе. Тем не менее сохранялись удовлетворительное самочувствие и работоспособность.

Два месяца назад перенес ангину, после которой появились отеки на лице и ногах,возникла макрогематурия, заметно уменьшилось количество выделяемой мочи, возникли головные боли, неприятный вкус во рту, общая слабость, тошнота, периодически рвота, исчез аппетит. При поступлении в стационар 1,5 месяца назад общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледны, периферические отеки на стопах, голенях, пояснице. Легкие без физикальных изменений. Правая и верхняя границы сердца нормальны, левая в V межреберье по левой срединно-ключичной линии, глухость I тона на верхушке, умеренный акцент II тона над аортой. У верхушки мягкий короткий систолический шум, АД 170/100 мм рт.ст. Ритм сердечной деятельности правильный - 96 в минуту. При исследовании брюшной полости - умеренный асцит, печень и селезенка не увеличены.

В крови Hb 92 г/л, эритроцитов 2,8×1012, СОЭ 40 мм/час. Общий белок сыворотки крови 58 г/л, диспротеинемия с гипоальбуминемией, гипер-альфа-2, холестерин 9,0 ммоль/л. Мочевина сыворотки крови -22 ммоль/л, креатинин 375 мКмоль/л. суточная потеря белка с мочой 3,2 г, цилиндрурия с восковидными цилиндрами в осадке. Суточный диурез 1200 мл. Удельный вес мочи при многократных общеклинических исследованиях и пробе по Зимницкому колеблется в пределах 1005-1008. Ночной диурез - 700 мл, дневной - 500 мл..

*Вопросы:*

1. Диагноз.

2. Какая стадия хронической почечной недостаточности у больного.

3. Тактика лечения.

4. Профилактика.

5. Рецепт на метилпреднизолон.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Острый гломерулонефрит (ОГН). Определение. Этиология. Классификация. Основные звенья патогенеза. Клиническая картина различных форм ОГН.

2. Лабораторные, инструментальные критерии диагностики острых гломерулонефритов. Принципы терапии.

3. Хронический гломерулонефрит: определение, предрасполагающие факторы, классификация, этиопатогенез.

4. Хронический гломерулонефрит (ХГН), латентная форма, клиническая картина, критерии диагноза, лабораторные инструментальная диагностика. Принципы терапии.

5. Хронический гломерулонефрит (ХГН), гипертоническая форма, клиническая картина, критерии диагноза, лабораторные инструментальная диагностика. Принципы терапии.

6. Хронический гломерулонефрит (ХГН), нефротическая форма, клиническая картина, критерии диагноза, лабораторные инструментальная диагностика. Принципы терапии

7. Хронический гломерулонефрит (ХГН), смешанная форма, клиническая картина, критерии диагноза, лабораторные инструментальная диагностика. Принципы терапии.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 7:**

**«ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 35:**

Сахарный диабет. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

**Примеры тестовых заданий:**

1. Сахарный диабет первого типа следует лечить:

1. только диетотерапией;

2. сульфаниламидными препаратами;

3. инсулином на фоне диетотерапии;

4. голоданием;

5. бигуанидами.

2. У юноши 18 лет после гриппа появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови - 16 ммоль/л, в моче -5%, ацетон в моче. Тип диабета у больного:

сахарный диабет 1 типа;

сахарный диабет 2 типа;

сахарный диабет 2 типа инсулинзависимый;

сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY);

вторичный сахарный диабет.

3. У женщины 45 лет с ожирением случайно (при диспансерном обследовании) выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче не определяется. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной:

сахарный диабет 1 типа;

сахарный диабет 2 типа;

сахарный диабет 2 типа инсулинзависимый;

сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY);

вторичный сахарный диабет.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная К., 30 лет, жалуется на сильную жажду, сухость во рту, которые появились после сильного нервного потрясения. При лабораторном обследовании обнаружено увеличение сахара в крови до 10 ммоль/л. Заболевание какой эндокринной железы у больной?

**Примеры контрольных вопросов:**

* 1. Определение, классификация сахарного диабета.
	2. Выявление групп риска по сахарному диабету. Диагностика нарушений углеводного обмена в группах риска.
	3. Сахарный диабет 1 типа. Этиология, патогенез.
	4. Клиника, диагностика сахарного диабета 1 типа.

**Текущий контроль успеваемости по теме 36:**

Осложнения сахарного диабета.

**Примеры тестовых заданий:**

1. Наиболее частой причиной смерти при сахарном диабете 1 типа является:

1. кетоацидотическая кома;
2. гиперосмолярная кома;
3. инфаркт миокарда;
4. гангрена нижних конечностей;
5. диабетическая нефропатия.

2. Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения:

1. строфантина;
2. изотонического раствора хлорида натрия и инсулина;
3. солей кальция;
4. норадреналина;
5. солей калия.

3. Резистентность к инсулину может быть вызвана: а) инфекционным заболеванием; б) патологией инсулиновых рецепторов; в) антителами к инсулину; г) длительностью диабета свыше одного года. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б;
2. а, б, в;
3. все факторы;
4. в;
5. а, б, в, г.

**Пример ситуационной задачи:**

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°С. Кожные покровы влажные, теплые на ощупь, периферических отеков 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.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Клинические варианты течения диабетического кетоацидоза и комы.
2. Диагностика, лечение диабетического кетоацидоза и комы.
3. Гиперосмолярная кома, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Гиперлактатацидотическая кома, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

**Текущий контроль успеваемости по теме 37:**

Лечение сахарного диабета.

**Примеры тестовых заданий:**

1.Если у больного сахарным диабетом 1 типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, следует:

1. отменить инсулин;
2. применить пероральные сахароснижающие средства;
3. уменьшить суточную дозу инсулина;
4. уменьшить содержание углеводов в пище;
5. увеличить получаемую суточную дозу инсулина.

2. Какой из гормонов стимулирует липогенез?

1. соматотропный гормон;
2. адреналин;
3. глюкагон;
4. инсулин;
5. тироксин.

3. Какое побочное действие бигуанидов можно ожидать у больного сахарным диабетом при наличии у него заболеваний, ведущих к тканевой гипоксии (анемия, легочная недостаточность и другие)

1. усиление полиурии;
2. кетоацидоз;
3. лактоацидоз;
4. агранулоцитоз;
5. холестатическая желтуха.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная 25 лет жалуется на бессонницу, быструю утомляемость, раздражительность, беспричинное беспокойство, рассеянность, плаксивость, повышенную потливость, плохую переносимость тепла, нарушение менструального цикла. Больная суетлива, делает много быстрых ненужных движений, многословна. Выглядит моложе своих лет. Тонкие кисти, тонкие пальцы с заостренной ногтевой фалангой. Резко выражено пучеглазие. Кожа теплая, влажная, тонкая. Лицо розовое. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отмечается диффузное увеличение щитовидной железы, тремор пальев рук. Сухожильные рефлексы усилены, артериальное давление 130/50 мм рт.ст. Пульс - 108 в мин. В крови лейкопения, абсолютная нейтропения с отностельным лимфоцитозом, гипоальбуминемия, понижение толерантности к глюкозе. Основной обмен повышен на 40%.

*Вопросы:*

1. Для какого синдрома характерна данная клиническая картина?

2. С чем связаны повышение температуры, тахикардия, гипоальбуминемия?

3. Почему у данной больной надо иметь в виду возможность развития сахарного диабета?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Определение. Эпидемиология и возрастная структура сахарного диабета (СД) у детей.

* Этиология и классификация СД.
* СД 1 типа (СД1Т) – роль генетических и средовых факторов.
* Патофизиология СД. Основные клинические признаки и их особенность у детей.

2.Лабораторная диагностика сахарного диабета у детей. Показания к назначению и интерпретация результатов орального глюкозо-толерантного теста.

3.Современные принципы лечения СД 1 типа у детей:

− диетотерапия (особенности составления диеты, расчет калоража, количества углеводов, хлебных единиц);

−  инсулинотерапия, коррекция дозы;

−  роль физической нагрузки.

**Текущий контроль успеваемости по теме 38:**

Диагностика и лечение сахарного диабета у больных с различными заболеваниями внутренних органов.

**Примеры тестовых заданий:**

1.Какие симптомы характерны для неосложненного сахарного диабета 1 типа: а) полиурия; б) плохое заживление ран; в) сильные боли в области сердца; г) полидипсия; д) астенический синдром. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, г;
2. в, д;
3. б, д;
4. а, г, д;
5. а, б, г, д.

2.У больного диффузный токсический зоб средней тяжести. Начато лечение мерказолилом по 10 мг 3 раза в день, обзиданом по 20 мг 3 раза в день, фенозепамом по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, однако развилась выраженная лейкопения. Назовите причину лейкопении:

1. прием фенозепама;
2. высокая доза обзидана;
3. применение мерказолила;
4. дальнейшее прогрессирование заболевания;
5. ни одна из указанных причин.

3. Какой из перечисленных сахароснижающих препаратов обладает анорексогенным действием?

* 1. метформин;
	2. глибенкламид;
	3. акарбоза;
	4. глюренорм.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная 38 лет с ДТЗ (диффузный токсический зоб) предъявляет жалобы на ощущение песка в глазах, двоения, слезотечение, светобоязнь.

При осмотре отмечается двусторонний экзофтальм (больше справа), инъецированность склер.

*Вопросы:*

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. В каких дополнительных обследованиях нуждается по поводу глазных симптомов?
4. Назначьте лечение.
5. Прогноз в отношении заболевания.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Определение, классификация сахарного диабета.

2. Выявление групп риска по сахарному диабету. Диагностика нарушений углеводного обмена в группах риска.

3. Сахарный диабет 1 типа. Этиология, патогенез.

4. Клиника, диагностика сахарного диабета 1 типа.

5. Лечение сахарного диабета 1 типа.

**Текущий контроль успеваемости по теме 39:**

Эндемический и спорадический зоб. Диффузный и узловой зоб. Тиреоидиты. Гипотиреозы.

**Примеры тестовых заданий:**

1. ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

а) сухости кожных покровов;

б) склонности к запорам;

в) сонливости;
г) брадикардии;
д) потери массы тела.

2. ОЖИРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА:

1)для сахарного диабета;
2)для атеросклероза;
3)для почечно-каменной болезни;

4)для желчно-каменной болезни;

5)для хронического гастрита

а) верно 1,2,3;
б) верно 2,3,4;

в) верно 1,2,4;

г) верно 3,4,5.

3. ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ ДЫХАНИЕ:

а) редкое, поверхностное;

б) частое, глубокое;

в) глубокое, редкое, шумное;

г) частое, поверхностное;
д) поверхностное.

**Пример ситуационной задачи:**

Больная 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на почти постоянные мучительные головные боли, которые не снимаются обычными гипотензивными средствами.

При осмотре: подчеркнуто крупные ладони и стопы с толстыми пальцами (при дополнительном расспросе указала, что больше не может, как раньше, носить модельную обувь, так как ее невозможно подобрать по размеру). Голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица. Явный прогнатизм. Зубы редкие. Язык большой. Кожа с многочисленными папилломами, сальная, с обильной растительностью по мужскому типу. Сердце, по рентгеновским данным, увеличено. АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс нормальный. Печень также увеличена, безболезненная.

Биохимический анализ крови: без существенных отклонений от нормы, уровень глюкозы в крови - 6,3 ммоль/л.

*Вопросы:*

* 1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?
	2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
	4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
	5. Какие осложнения можно ожидать?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Метаболический синдром.

2. Подострый тиреоидит.

3. Эндемический зоб и другие йоддефицитные заболевания.

4. Эндокринная офтальмопатия.

5. Гиперпаратиреоз. Классификация, этиология, патогенез.

**Текущий контроль успеваемости по теме 40:**

Дифференциальная диагностика и лечение зобов и гипотиреоза.

**Примеры тестовых заданий:**

**1.**Ошибочное назначение L-тироксина (без показаний) прежде всего вызывает:

1. нарушение менструального цикла;
2. тиреотоксикоз;
3. брадикардию;
4. бесплодие;
5. электролитные сдвиги.

2. Показаниями для проведения теста на толерантность к глюкозе являются наличие у пациента:

1. Жажды и полиурии
2. Рецидивирующего фурункулеза
3. Дислипидемии
4. Уровня глюкозы в крови натощак более 10 ммоль/л
5. Ожирения

3. У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной:

1. Психогенная полидипсия
2. Несахарный диабет
3. Сахарный диабет
4. Хронический пиелонефрит

**Пример ситуационной задачи:**

Пациентка Н. 28 лет в течение трех лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: 5 мг Преднизолона утром, 2,5 мг в 16.00, Флудрокортизон 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным. Четыре дня назад заболела гриппом. Дозу глюко- и минералокортикоидов не изменяла. Состояние больной резко ухудшилось сутки тому назад: появились резчайшая слабость, адинамия, тошнота, рвота. Доставлена в стационар с проявлениями сосудистого коллапса скорой медицинской помощью.

Объективно: состояние тяжелое. Продуктивному контакту не доступна. Кожа сухая, смуглая, обращает на себя внимание выраженная гиперпигментация кожи в области сосков, на шее, локтевых сгибах. Пульс - 128 ударов в минуту, слабого наполнения, АД - 60/40 мм рт. ст.

*Вопросы:*

* 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
	2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	3. Определите объем дополнительных обследований, необходимых для уточнения диагноза и проведения лечения. Предположите ожидаемые результаты обследований в данной ситуации.
	4. Определите тактику лечения пациента.
	5. Определите профилактические мероприятия по предотвращению развития у пациентки данного состояния.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Диффузный токсический зоб. Этиология, патогенез, классификация.

2. Диффузный токсический зоб. Клиника, диагностика.

3. Лечение диффузного токсического зоба.

4. Тиреотоксический криз.

5. Гипотиреоз. Классификация, этиология, патогенез, клиника.

**Текущий контроль успеваемости по теме 41:**

Диффузный токсический зоб.

**Примеры тестовых заданий:**

1.«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ НЕСАХАРНОГО

ДИАБЕТА СЧИТАЕТСЯ:

1. проба с голоданием
2. проба с сухоедением
3. тест с соматостатином
4. стандартный тест толерантности к глюкозе

2. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИН

ЭНДОГЕННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГИПЕРКОРТИЗОЛИЗМА

ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. малая дексаметазоновая проба
2. проба с введением изотонического раствора хлорида
3. натрия
4. ортостатическая проба
5. большая дексаметазоновая проба

3. ПРИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ

ФАКТОРОМ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение секреции кортизола
2. повышение секреции лептина
3. повышение секреции инсулина
4. снижение секреции нейропептида Y

**Пример ситуационной задачи:**

На приеме у врача-терапевта участкового пациент 48 лет. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Обратился к врачу- терапевту участковому для назначения лечения.

Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м2. Объем талии – 120 см. Кожа умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отеков нет.

Представил результаты самоконтроля по глюкометру: глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после еды – 10 ммоль/л. HbA1c - 7,5%.

Биохимический анализ крови: общий белок –75 г/л, альбумин – 46 г/л, общий билирубин – 13,1 мммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 65, АСТ – 53.

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - 91 мл/мин.

*Вопросы:*

* 1. Сформулируйте основной клинический диагноз сахарного диабета согласно современным требованиям.
	2. Обоснуйте выбор индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у данного пациента. Определите целевые параметры гликемии у данного пациента.
	3. Определите объем дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа.
	4. Определите тактику лечения пациента.
	5. Определите показатели гликемического контроля, которые должны использоваться для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Дифференциальная диагностика коматозных состояний при сахарном диабете.
2. Диффузный токсический зоб. Классификация, этиология, патогенез
3. Диффузный токсический зоб. Клиника, диагностика.
4. Методы диагностики заболеваний щитовидной железы.

**Текущий контроль успеваемости по теме 42:**

Дифференциальная диагностика и лечение гипертиреоза.

**Примеры тестовых заданий:**

1. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА

ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. МРТ гипофиза
2. проба с церукалом
3. проба с парлоделом
4. всё верно

2.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЙОДА С МОЧОЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1. эпидемиологического исследования с целью оценки
2. выраженности йодного дефицита в той или иной местности
3. диагностики йоддефицитных заболеваний в
4. общеклинической практике
5. мониторинга пациентов, получающих радиойодтерапию
6. исключения токсического зоба

3. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ

ПУНКЦИОННОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ЩИТОВИДНОЙ

ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. диффузное увеличение щитовидной железы
2. наличие «горячего узла» по результатам сцинтиграфии
3. щитовидной железы
4. узловое образование в ткани щитовидной железы более 1
5. см
6. подтверждение диагноза аутоиммунного тиреоидита

**Пример ситуационной задачи:**

Больная И. 23 лет на приеме в поликлинике жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение.

Из анамнеза известно, что начало заболевания связывает с переутомлением. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Подкожно жировой слой развит умеренно (рост - 170 см., вес - 54 кг). Отмечается тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мобиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени, эластична, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС – 120 ударов в минуту. АД – 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.

*Вопросы:*

* 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
	2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Классификация заболеваний щитовидной железы.

2. Гипотироз:

− классификация. Причины первичного и вторичного гипотироза у детей;

− патогенез и клинические проявления начала заболевания в зависимости от возраста;

−  методы диагностики (инструментальные и лабораторные);

−  дифференциальный диагноз;

−  принципы лечения, прогноз;

−  значение йодной профилактики.

3. Гипертироз:

−  причины, классификация;

−  основные звенья патогенеза и особенности клинических проявлений у детей;

−  критерии диагностики;

−  лечение (консервативное, оперативное);

−  прогноз.

**Текущий контроль успеваемости по теме 43:**

Патология гипоталамо-гипофизарной системы. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ИЗМЕНЕНИЯ ВНЕШНОСТИ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ ВКЛЮЧАЮТ

* 1. прогнатизм
	2. микроглосию
	3. диастемы
	4. огрубление черт лица

2.ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА

ХАРАКТЕРНО

* 1. полиурия, полидипсия
	2. олигурия, гипергидратация
	3. полиурия, глюкозурия
	4. странгурия, поллакиурия

3. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГОРМОНАЛЬНО

НЕАКТИВНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ

ОБЛАСТИ ОТНОСИТСЯ

1. несахарный диабет
2. хиазмальный синдром
3. аденогипофизарная недостаточность
4. все перечисленное

**Пример ситуационной задачи:**

Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд. Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу. Работает поваром в детском учреждении. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит. Мама страдала сахарным диабетом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м2 . Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчесов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет

В анализах: глюкоза крови натощак - 5,8 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

*Вопросы*:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. В результате проведенного исследования было выявлено, что у пациентки глюкоза крови натощак - 6,1 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 11,1 ммол/л; HbA1c - 7,1%. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Патология роста:

− низкорослость:

* причины, классификация, этиология, дефицит гормона роста (врожденный, приобретенный), патофизиология, основные симптомы, характерные для врожденного дефицита гормона роста;
* конституциональная задержка роста и пубертата;
* семейная низкорослость;
* генетические синдромы с низкорослостью (Шерешевского-
* Тернера, Рассела-Сильвера, Прадера-Вилли, Нунан, Ларона; прогерия);
* внутриутробная задержка роста;
* лабораторная диагностика, лечение, показания и
* противопоказания к лечению генно-гормоном роста, прогноз.

− высокорослость:

* определение, этиология, патофизиология;
* клинические проявления, диагностика и дифференциальный
* диагноз основных форм высокорослости;
* лечение.

2. Болезнь Иценго-Кушинга:

−  Определение, этиология., патогенез, патологическая анатомия;

−  клинические проявления и лабораторно-инструментальные методы диагностики;

−  диагноз, дифференциальный диагноз;

−  лечение, прогноз.

3. Несахарный диабет:

−  определение, этиология, патогенез;

−  классификация;

−  клинические проявления;

−  критерии диагностики, дифференциальный диагноз;

−  лечение, прогноз.

**Текущий контроль успеваемости по теме 44:**

Заболевания надпочечников (недостаточность коры надпочечников, феохромоцитома).

**Примеры тестовых заданий:**

1.ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА АКРОМЕГАЛИИ

ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ

* 1. Магнитно-резонансной томографии
	2. стандартный тест толерантности к углеводам
	3. определение базового уровня ИФР
	4. рентгенография костей

2.О КАКОМ ВЕРОЯТНОМ ДИАГНОЗЕ МОЖНО ПОДУМАТЬ У

ПАЦИЕНТА С ОЖИРЕНИЕМ, ГИРСУТИЗМОМ, АРТЕРИАЛЬНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДВУСТОРОННЕЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ

НАДПОЧЕЧНИКОВ

* 1. синдроме Кона
	2. болезни Иценко-Кушинга
	3. метастатическом поражении надпочечников
	4. кортикостероме

3.В ЛЕЧЕНИИ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

* 1. цитостатики
	2. глюкокортикоиды
	3. ноотропы
	4. агонисты дофамина

**Пример ситуационной задачи:**

Больная Н., 25 лет, поступила в эндокринологическую клинику с жалобами на маленький рост и отсутствие признаков полового созревания. Родилась доношенным ребёнком с нормальным весом и ростом. С 2-3 лет без видимой причины стала отставать в росте. В школе уже с 1 класса резко отличалась от сверстников. Объективно: рост 105 см. Сложена пропорционально. Умственное развитие нормально. Половые органы инфантильны. Грудные железы не развиты. Волосы растут только на голове. При рентгенографии черепа над турецким седлом обнаружена обызвествлённая опухоль. Основной обмен понижен на 5 %. В моче не найдены ни эстрогенные, ни андрогенные половые гормоны, содержание 17-кетостероидов уменьшено.

*Вопросы:*

1. Как объяснить карликовый рост и инфантилизм больной?
2. Почему изменён обмен веществ?
3. Механизм действия соматотропного гормона?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Первичный гиперальдостеронизм – синдром Кона:

−  этиология, патогенез патологическая анатомия;

−  клинические проявления и критерии диагностики;

−  дифференциальный диагноз;

−  лечение и прогноз;

−  причины и клинические проявления вторичного гиперальдостеронизма.

1. Опухоли надпочечников. Классификация. Понятие глюкостеромы (синдрома Иценго-Кушинга):

−  этиология, патогенез, патологическая анатомия;

−  клинические проявления;

−  лабораторная и инструментальная диагностика;

−  лечение;

−  прогноз.

1. Диагностика нарушений синтеза катехоламинов мозговым слоем надпочечников. Феохромоцитома.

**Текущий контроль успеваемости по теме 45:**

Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний надпочечников.

Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний гипофиза.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ

ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) изменение осанки, деформация грудной клетки

2) снижение роста, нарушение походки

3) складки на боковой поверхности грудной клетки

4) все выше перечисленное

2.ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

КОРТИКОСТЕРОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1) перераспределение подкожной жировой клетчатки

2) атрофия мышц плечевого пояса, ягодичных и бедренных

мышц

3) атрофия, истончение кожи и появление стрий

4) увеличение плотности костной ткани

3.КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ

НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) быстрая физическая и психическая утомляемость,

гипотония

2) потеря аппетита, снижение массы тела

3) гиперпигментация

4) снижение артериального давления

5) все выше перечисленное

**Пример ситуационной задачи:**

Больной Л., 30 лет, поступил в эндокринологический институт с жалобами на головные боли, сонливость, изменение внешности, увеличение рук и ног. Заболел 2 года назад, когда появились в области скуловых костей и лба тянущие боли, боли в конечностях. Вскоре начали грубеть черты лица,увеличился размер рук и ног, появились жажда, повышенный аппетит, изменилось половое чувство. Объективно: лицо грубое, надбровные дуги и скулы выступают. Нижняя челюсть, нос и уши увеличены. Язык с трудом помещается во рту. Голос хриплый. Кожа утолщена. На ней много угрей и гнойничков. Волосы грубые. Границы сердца расширены во все стороны. АД 160на 95. Печень и почки увеличены, безболезненны при пальпации. При рентгенографии черепа обнаружено увеличение размеров турецкого седла. Содержание сахара в крови повышено до 11 м Моль/л., причём введение инсулина не снижает его. Имеется выраженная  глюкозурия. В крови увеличено содержание соматотропного гормона и значительно изменено содержание гонадотропных гормонов.

*Вопросы:*

1. Как объяснить разрастание конечностей, увеличение языка и внутренних органов?
2. Как влияет соматотропный гормон на белковый, углеводный и жировой обмен?
3. Каковы механизмы действия гормонов?

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Микседематозная кома.
2. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Дифференциальная диагностика первичной и вторичной ХНН.
4. Аддисонический криз.

**Текущий контроль успеваемости по теме 46:**

Ожирение.

**Примеры тестовых заданий:**

1.ЦЕЛЕВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЛИКЕМИИ ДЛЯ

ПАЦИЕНТА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ

ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО

КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) 3,3-5,5 ммоль/л

2) 4,4-6,1 ммоль/л

3) 5,5-8,3 ммоль/л

4) 7,8-10,2 ммоль/л

5) 12,0-14,0 ммоль/л

2. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У

ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ

ТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, ОТНОСЯТСЯ

1) повышение концентрации контринсулярных гормонов

2) повышение активности симпатической нервной системы

3) снижение периферической и печеночной

инсулинорезистентности

4) снижение утилизации глюкозы периферическими тканями

5) активация липолиза с повышением концентрации

свободных жирных кислот в крови

3. ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1) тип диабета

2) степень тяжести

3) фазу компенсации

4) наличие осложнений с указанием формы и стадии

5) все вышеперечисленное

**Пример ситуационной задачи:**

Больная л., 34 лет. Жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи. Аппетит нор­мальный. Ограничения в питании переносит хорошо. Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после ро­дов. Развивалась нормально. Менструации с 13 лет, регулярные. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожи­рением 1-2 ст. Младший брат имеет ожирение 1 ст. Объективно. Рост - 168 см, масса тела - 96 кг. Отложение подкожной жиро­вой клетчатки равномерное. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 78 ударов в мин., ритмичный. АД - 135/80 мм.рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости в V межребе-рье на 1см. кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. Нижний край печени высту­пает из-под реберной дуги на 2 см, болезненный. Симптом Ор-тнера положительный. Вторичные половые признаки развиты нормально.  Щитовидная железа   не увеличена.

Дополнительные исследования. Тест с сахарной нагруз­кой: натощак - 5.5 ммоль/л, через 2 часа - 7.5 ммоль/л.

*Вопросы:*

1.Поставьте и обоснуйте диагноз.

2.Назначьте диету.

3. Рассчитайте энергетическую ценность, количественный и качественный состав пищи.

4. Определите принципы лечения

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Заболевания,ассоциированныесожирением.
2. Принципы питания пациентов с ожирением.
3. Показания к медикаментозному лечению ожирения, группы препаратов и принципы их действия.
4. Показания к хирургическим методам лечения ожирения, принципы хирургических вмешательств, осложнения.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 8:**

**«НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ. ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОТДЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ И СОСТОЯНИЙ»**

**Текущий контроль успеваемости по теме 47:**

Побочное действие лекарств.

**Примеры тестовых заданий:**

1. ПРЕПАРАТЫ ИЗ ГРУППЫ ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИХ ПЕНИЦИЛЛИНОВ

1) сизомицин
2) линкомицин

3) ампициллин

4) амоксициллин

2. РИФАМПИЦИН

1) обладает широким спектром действия
2) ингибирует синтез РНК
3) влияет в основном на микобактерии туберкулеза

4) устойчивость развивается медленно

3. ОСНОВНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ТЕТРАЦИКЛИНОВ

1) поражение зубной эмали(желтыезубы)

2) гепатотоксичность
3) кардиотоксичность
4) повышениеАД

**Пример ситуационной задачи:**

В отдел рецептурного отпуска обратился пациент с рецептами на Лизиноприл 10 мг No 30 и Амлодипин 5 мг No 30, принимать препараты по 1 таблетке 1 раз в день. Рецепты оформлены в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 20.12.2012 No 1175н. У пациента возник вопрос о возможности регулярного получения препаратов по данному рецепту в связи с отсутствием времени для похода к врачу. Провизор объяснил пациенту, что для продления срока действия данных рецептов медицинскому работнику необходимо сделать пометку «Пациенту с хроническим заболеванием» и указать срок действия рецепта и периодичность отпуска из аптеки. Провизор отпустил препараты и вернул рецепты пациенту.

*Вопросы:*

1. К какой фармакотерапевтической группе относятся Лизиноприл и Амлодипин? Какие фармакологические эффекты характерны для препаратов этой группы?

2. Какой механизм действия Лизиноприла?

3. За счет чего Амлодипин снижает артериальное давление? Рационально ли сочетание Лизиноприла и Амлодипина при артериальной гипертензии?

4. Укажите основные побочные эффекты, возможные при применении данных препаратов.

**Примеры контрольных вопросов:**

1. Зависимость действия лекарственных средств от внутренних факторов (возраста и пола, патологического состояния органов и систем, определяющих гомеостаз). Особенности назначения лекарственных средств пожилым людям и детям.
2. Побочное действие лекарственных средств, его разновидности и основные пути профилактики.
3. Лекарственная аллергия, определение, клиника, диагностика, профилактика и лечение.
4. 36. Лекарственная зависимость и токсикомания, определение. Медицинские и социальные аспекты борьбы и профилактики.
5. **ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ВОПРОСЫ ЭКЗАМЕНА** | **Проверяемые компетенции** |
| 1.Миокардиты и кардиомиопатии: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 2.Возможности клинической диагностики перикардитов, лечение. Показания к хирургическому лечению. Прогноз. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 3.Симптоматические артериальные гипертонии. Классификация. Клиника. Схема обследования больных. Дифференциальная диагностика. Лечение.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 4.Гипертоническая болезнь. Классификация. Клиника. Диагностика. Схема обследования больных с артериальными гипертониями. Принципы лечения гипертонической болезни. Фармакокинетика и особенности применения разных групп гипотензивных препаратов. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 5. Нарушения ритма сердца: клинические признаки основных форм нарушений возбудимости (экстрасистолии, пароксизмальных тахикардии, мерцательной аритмии). ЭКГ-диагностика. Классификация антиаритмических средств. Возможности медикаментозного лечения. Показания для электроимпульсной терапии и электрокардиостимуляции. Принципы хирургических методов лечения аритмий. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 6. Нарушения проводимости сердца: а-в блокады, синдрома слабости синусового узла, синдрома WPW и CLC. ЭКГ-диагностика. Классификация антиаритмических средств. Возможности медикаментозного лечения. Показания для электроимпульсной терапии и электрокардиостимуляции. Принципы хирургических методов лечения аритмий. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 7.Диагностика и дифференциальная диагностика при остром коронарном синдроме. Лабораторные и инструментальные методы обследования. Лечение.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 8.Инфекционный эндокардит: клиника, дифференциальная диагностика, лечение. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 9.Этиология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности. Профилактика. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 10.Дифференциальная диагностика при обмороках. Особенности клинической картины при инфаркте миокарда, нарушениях ритма сердечной деятельности, ТЭЛА, заболеваниях ЦНС и др. Лабораторные и инструментальные методы исследования, помогающие в дифференциальной диагностике. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 11.Дифференциальная диагностика при болях в грудной клетке. Лабораторные и инструментальные методы исследования, помогающие в дифференциальной диагностике. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 12.Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний суставов. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 13.Анкилозирующие спондилоартриты: клиника, диагностика, лечение. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 14.Дифференциальная диагностика и лечение диффузных болезней соединительной ткани. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 15.Системные васкулиты (узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, облитерирующий тромбангиит, геморрагический васкулит). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 16.Антифосфолипидный синдром: патогенез, диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 17.Побочные действия лекарственных веществ. Лекарственная аллергия. Клинические формы. Лечение. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 18.Плевриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Дифференциальный диагноз плевритов. Плевриты туберкулезные, при диффузных болезнях соединительной ткани, опухолях, системных васкулитах. Лечение. Осложнения, исходы. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 19.Хроническое легочное сердце, этиология, патогенез, классификация, клиника, проявления и стадии течения. Лечение. Профилактика. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 20.Дифференциальная диагностика и лечение при бронхоспастическом синдроме. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 21.Дифференциальная диагностика и лечение при легочном инфильтрате. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 22.Болезни пищевода (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагит). Дифференциальная диагностика. Лечение. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 23.Заболевания кишечника функционального характера. Основные варианты нарушения моторики кишечника. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика и терапия. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 24.Хронические холециститы и дискинезии желчевыводящих путей. Общность клинической симптоматики и особенности болевого и диспептического синдромов. Методы обследования, дифференциальная диагностика, лечение. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 25.Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Особенности клиники. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 26.Основные причины развития гепатомегалий и гепатолиенального синдрома (хронические гепатиты и циррозы печени, болезни накопления, опухоли печени, болезни печеночных сосудов, болезни крови и кроветворных органов). Показатели активности печеночного процесса, возможности распознавания основного заболевания, пути дифференциальной диагностики и лечения. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 27.Дифференциальная диагностика и лечение кислотозависимых заболеваний (гастриты, язвенная болезнь, опухоли, функциональные заболевания желудка). | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 28.Дифференциальная диагностика и лечение воспалительных заболеваний кишечника. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 29.Нефротический синдром. Современные концепции патогенеза. Клиническая картина. Диагностика. Возможности современной терапии нефротического синдрома. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 30.Амилоидоз почек. Этиология. Классификация, патогенез. Клиника. Диагностика. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 31.Дифференциальная диагностика при мочевом синдроме. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 32.Хроническая болезнь почек. Этиопатогенез. Основные клинические симптомы, стадии течения. Лечение. Показания к заместительной почечной терапии. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 33.Хронический пиелонефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение и профилактика. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 34.Гломерулонефриты. Дифференциальная диагностика и лечение. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 35.Острая почечная недостаточность (ОПН). Механизм развития ОПН. Клиника, стадии, лечение. Показания к гемодиализу. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 36.Дифференциальная диагностика отеков. Принципы неотложной терапии | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 37.Дифференциальная диагностика анемий. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 38.Дифференциальная диагностика геморрагических диатезов. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 39.Дифференциальная диагностика опухолевых заболеваний системы крови. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 40.Лимфоаденопатии: классификация, патогенез. Клинические особенности. Диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 41.Дифференциальная диагностика синдрома лихорадки неясного генеза. Причины лихорадочных состояний. Пути диагностического поиска. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 42.Сахарный диабет. Классификация. Клиника. Диагностические критерии сахарного диабета. Дифференциальный диагноз. Этиология сахарного диабета 1 и 2 типа. Факторы риска. Клиника. Другие типы сахарного диабета. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 43.Лечение сахарного диабета 1 типа: характеристика препаратов инсулина, режимы инсулинотерапии. Рекомендации по питанию и физической активности.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 44.Лечение сахарного диабета 2 типа: рекомендации по питанию и физической активности, медикаментозная терапия (группы сахароснижающих препаратов и механизм их действия, характеристика препаратов), стратификация лечебной тактики. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 45.Диффузный и узловой токсический зоб. Клинические проявления болезни. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика гипертиреозов. Принципы лечения. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 46.Дифференциальная диагностика зобов (спорадический и эндемический зоб, ювенильная струма, острый, подострый и хронический тиреоидиты, онкологические заболевания щитовидной железы). Гипотиреоз. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 47.Недостаточность функции коры надпочечников (острая и хроническая, первичная и вторичная). Диагностика, дифференциальная диагностика. Классификация. Основы заместительной терапии. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 48.Гормонально-активные опухоли надпочечников (альдостерома, феохромоцитома, синдром Иценко-Кушинга, феохромоцитома). Этиология, патогенез и особенности течения. Диагностика и тактика врача при установлении диагноза. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 49.Гормонально-активные опухоли гипофиза. Клинические проявления, лабораторная и инструментальная диагностика, дифференциальный диагноз болезни Иценко-Кушинга, акромегалии, несахарного диабета, пролактиномы. Консервативная и лучевая терапия. Показания к хирургическому лечению. Экспертиза трудоспособности. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 50.Ожирение: этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 51.Неотложная помощь при кетоацидотической коме. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 52.Неотложная помощь при гиперосмолярной коме у больных сахарным диабетом. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 53.Неотложная помощь больному с гиперлактатемической комой при сахарном диабете. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 54.Неотложная помощь при гипогликемической коме. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 55.Неотложная помощь при тиреотоксическом кризе. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 56.Неотложная помощь больному с острой надпочечниковой недостаточностью. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 57.Неотложная помощь при гипертоническом кризе у больного с феохромоцитомой. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 58.Неотложная помощь при острой сердечной недостаточности (отек легких). | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 59.Неотложная помощь при пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 60.Неотложная помощь при тахикардиях с узкими желудочковыми комплексами (суправентрикулярных тахикардиях). | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 61.Неотложная помощь при желудочковых тахикардиях. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 62.Неотложная помощь при фибрилляции предсердий. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 63.Неотложная помощь при полной A-V блокаде. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 64.Неотложная помощь больному с неосложненным гипертоническим кризом. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 65.Неотложная помощь при острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс). | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 66.Неотложная помощь при кардиогенном шоке.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 67.Неотложная помощь при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 68.Неотложная помощь при остром коронарном синдроме c подъемом сегмента ST. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 69.Неотложная помощь при острой сердечной недостаточности (сердечная астма). | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 70.Неотложная помощь при расслаивающей аневризме аорты. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 71.Неотложная помощь при гипертоническом кризе, осложненном острой левожелудочковой недостаточностью. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 72.Неотложная помощь при гипертоническом кризе, осложненном острым коронарным синдромом. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 73.Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии в соответствии со стандартами медицинской помощи. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 74.Сердечно-легочная реанимация при клинической смерти. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 75.Неотложная помощь при острой дегидратации. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 76.Неотложная помощь при острых аллергических реакциях (крапивница, ангиоотек). | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 77.Неотложная помощь при анафилактическом шоке. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 78.Неотложная помощь при судорожном синдроме. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 79.Неотложная помощь при печеночной коме. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 80.Неотложная помощь при остром нарушении мозгового кровообращения. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 81.Неотложная помощь больному с приступом бронхиальной астмы. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 82.Неотложная помощь при кровохарканье, легочном кровотечении. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 83.Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 84.Неотложная помощь при нарушениях трахеобронхиальной проходимости.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 85.Неотложная помощь при острой почечной недостаточности. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 86.Неотложная помощь при почечной колике. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 87.Неотложная помощь и тактика врача скорой помощи при синдроме «острого живота». | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 88.Неотложная помощь при остром приступе подагры. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 89.Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке.  | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |
| 90.Неотложная помощь при гипертермии. | ОК-1,5,8ОПК-1,4,6,8,9,10ПК-1,2,5,6,7,8,9,10,11 |

**Пример экзаменационного билета (собеседование).**

**Учебная дисциплина:** «Госпитальная терапия, эндокринология»

**Направление подготовки:** 31.05.01 Лечебное дело

**Курс:** VI

**Учебный год:** 20\_\_\_ -20\_\_\_

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

**(собеседование)**

1. Хронический пиелонефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение и профилактика.
2. Неотложная помощь при тахикардиях с узкими желудочковыми комплексами (суправентрикулярных тахикардиях) в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.
3. Оценка лабораторно-инструментальных методов исследования (рентгенограммы, УЗИ, ЭКГ и комплекса анализов).

Зав. кафедрой терапевтических дисциплин Агапитов Л.И.

1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА СТУДЕНТА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА** | **Оценка ЕСТS** | **Баллы в БРС** | **Уровень сформиро-****ванности компетент-****ности по дисциплине** | **Оценка** |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.В полной мере овладел компетенциями. | А | 100-96 | ВЫСОКИЙ | 5 (отлично) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.В полной мере овладел компетенциями. | В | 95-91 | ВЫСОКИЙ | 5 (отлично) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.В полной мере овладел компетенциями. | С | 90-86 | СРЕДНИЙ | 4 (хорошо) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно- следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.В полной мере овладел компетенциями. | D | 85-81 | СРЕДНИЙ | 4 (хорошо) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно- следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.В полной мере овладел компетенциями. | Е | 80-76 | СРЕДНИЙ | 4 (хорошо) |
| Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно.Достаточный уровень освоения компетенциями | F | 75-71 | НИЗКИЙ | 3 (удовлетво-рительно) |
| Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.Достаточный уровень освоения компетенциями | G | 70-66 | НИЗКИЙ | 3 (удовлетво-рительно) |
| Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя приводят к коррекции ответа студента на поставленный вопрос. Обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.Достаточный уровень освоения компетенциями | Н | 61-65 | КРАЙНЕ НИЗКИЙ | 3 (удовлетво-рительно) |
| Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины или дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях.Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.Компетенции не сформированы | I | 60-0 | НЕ СФОРМИ-РОВАНА | 2 |

**В полном объеме материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих основные этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы, а также методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности характеризующих этапы формирования компетенций, представлены в учебно-методическом комплексе дисциплины.**