

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 05.11.2023 14:33:06
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

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



Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

Наименование дисциплины: Общая врачебная практика (семейная медицина)

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

Квалификация (степень) выпускника: врач общей практики (семейный врач)

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

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2020, 2021, 2022 годов поступления (актуализированная версия)

Волгоград, 2023

Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода С.В.	заведующий кафедрой	д.м.н., профессор	Кафедра Внутренних болезней Института НМФО
2.	Барыкина И.Н.	доцент	к.м.н., доцент	Кафедра Внутренних болезней Института НМФО
3.	Саласюк А.С.	профессор	д.м.н.	Кафедра Внутренних болезней Института НМФО
4.	Лутова В.О.	доцент	к.м.н.	Кафедра Внутренних болезней Института НМФО
5.	Попова Е.А.	старший преподаватель	к.м.н.	Кафедра Внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 8 от «29» июня 2023 года


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


С.В. Недогода

Рецензент: заведующий кафедрой профессиональных болезней ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ», д.м.н., профессор, Бакумов П.А.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 1 от «29» августа 2023 года

Председатель УМК


М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики
М.Л.Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от «29» августа 2023 года

Секретарь
Ученого совета


В.Д. Заклякова

года

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

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

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

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

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

Банк тестовых заданий (с ответами):

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

г) экономический;

д) социологический;

е) все вышеперечисленные

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

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

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

в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:

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

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

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

г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;

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

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

а) государственное социальное страхование;

б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;

в) менеджмент здравоохранения;

г) экономика здравоохранения

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

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

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

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

10. Временная нетрудоспособность – это ...

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

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

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

Банк ситуационных клинических задач

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

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

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1.Тест

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

2.Ситуационная задача

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

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

3. Контрольная работа

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

4. Собеседование

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

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины

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

		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
	0	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Отлично (5) Продуктивный уровень	
--	--

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

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

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

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

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

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

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

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

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

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

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

Собеседование

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

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

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

УК-1	+	+	-	+	+	+
УК-2	+	+	-	+	+	+
УК-3		+	-	+	+	+
ПК-9	+	+	-	+	+	+

12.1. Представление оценочных средств в фонде

Тематика рефератов

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

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

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

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

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

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

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

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

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

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

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

04. ДИAGНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

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

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

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

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

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

07. АНДРАГОГИКА

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

08. МЕТОДОЛОГИЯ

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

Установите правильную последовательность

09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

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

Установите соответствие

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

1. описательном А. выявление состояния педагогических явлений и процессов

2. диагностическом Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности

3. прогностическом В. изучение передового и новаторского педагогического опыта

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

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

Выберите один или несколько правильных ответов

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

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

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

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

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

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

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

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

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

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

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

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

4) средства обучения

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

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

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

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

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

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

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

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

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

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

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

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

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

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

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

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

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

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

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

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

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

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

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

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

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

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

1) методикой воспитания

2) воспитательной технологией

3) воспитательной системой

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

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

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

1) наказание

2) создание воспитывающих ситуаций

3) педагогическое требование

4) соревнование

5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

1) индивидуальные особенности педагога

2) обеспечение целостности всех видов деятельности

3) учет этнических характеристик среды

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

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

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

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

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

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

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

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

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

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

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

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

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

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

- 1) Перцептивный подход

- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

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

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

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

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

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

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

Дополните высказывание

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

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

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

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

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

Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

Выберите один или несколько правильных ответов

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

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

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

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

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

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

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

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

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

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

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

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

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

- 1) собеседование
- 2) консультацией

- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

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

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

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

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

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

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

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

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

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

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

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

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

- 1) либеральный
- 2) авторитарный

- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

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

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

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

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

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

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

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

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

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

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

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

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

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

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

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

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

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

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

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

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

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

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

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

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

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

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

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

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

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

Установите соответствие

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

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

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

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

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

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

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

Дополните высказывание

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

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

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

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

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

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

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

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - _____

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

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

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

Выберите один или несколько правильных ответов

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

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

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

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

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

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

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

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

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

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

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

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Перечень вопросов для устного собеседования

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

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

Банк тестовых заданий (с ответами)

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

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

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

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

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

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

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

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

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

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

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

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

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

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

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

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

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

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

- в. унитиол;
- г. дипироксим.

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

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

31. К корпускулярным относятся излучения:

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

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

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

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

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

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

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

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

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

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

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

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

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

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

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

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

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

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

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

Банк ситуационных клинических задач

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

5. Тест

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

6. Ситуационная задача

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

7. Собеседование

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

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

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

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглобинопатия S

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

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

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

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

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

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

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

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

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

- для аутоиммунной гемолитической анемии

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

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

ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для В12-дефицитной анемии:

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

ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглобинопатиях, обусловленных носительством гемоглобинов со сниженным сродством к кислороду:

- P_{O_2} снижено
- P_{O_2} повышено
- **P_{O_2} в норме**
- S_{O_2} увеличено
- **S_{O_2} снижено**
- S_{O_2} в норме
- **Содержание дезоксигемоглобина повышено**
- Содержание гемоглобина снижено
- **Содержание гемоглобина в норме**

ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодефицитной анемии:

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

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

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

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

Банк ситуационных задач

Задача №1 «Патология Гемостаза»

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

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

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

2. Патогенез данного заболевания.

3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.

4. Виды тромбоцитопатий.

5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

Задача №2 «Патология Гемостаза»

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

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

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

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

Задача №3 **«Патология Гемостаза»**

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

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

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

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

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

Задача №4

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

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

Клинический случай (ИП)

Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40 °С в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39 °С, появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен

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

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

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

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

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

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

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

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

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

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

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

Таблица 2. Биохимические исследования крови

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

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

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

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

Задание:

1. Поставить предварительный диагноз.

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

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

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

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

Шкала и критерии оценивания рефератов

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

-пяти критериям Отлично (5)	
---------------------------------------	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

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

Заключительный клинический диагноз:

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

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

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

Данные вскрытия:

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

Вопросы

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

Ситуационная задача № 2.

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

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

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

Вопросы

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

Ситуационная задача № 3.

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

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

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

Вопросы

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

Ситуационная задача №4.

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

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

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

Вопросы

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

Ситуационная задача № 5

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

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

Вопросы

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

Ситуационная задача № 6

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

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

Вопросы

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

Оценка качества решения ситуационных задач

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

Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».

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

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	1. Краткость

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

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

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения. 2.Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение. 3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс. 4.Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями). 5.Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение. 6.Оригинальные и генерические лекарственные препараты. 7.Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС. 8.Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию. 9.Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС. 10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных. 11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных. 12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения. 13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии. 14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение. 15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP). 16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.
---	---

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

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

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

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

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

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

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

Банк тестовых заданий (с ответами):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Биодоступность ЛС это:

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

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

С) не изменяется.

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

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

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

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

22. Агонисты рецепторов это:

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

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

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

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

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

25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

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

26. К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:

- А) приводящие к смерти;

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

- C) беклометазона дипропионат
- D) метилпреднизолон

35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

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

36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:

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

37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:

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

38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:

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

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

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

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

45. Самолечене антибиотиками

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

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

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

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

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

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

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

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

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

50. Определить рекомбинантный интерферон:

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

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

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

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Растворяют фибриновый тромб.

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

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

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

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

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- A) Международное нормализационное отношение (МНО).**
- B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- C) Время свёртывания крови.
- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) Растворяют фибриновый тромб.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

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

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

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пefлoксaцин
- B) линкoмицин
- C) рoвaмицин**
- D) гeнтaмицин
- E) дoксициклин

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

- A) ципрoфлoксaцин
- B) мepoпенeм**
- C) цeфтpиaксoн
- D) вaнкoмицин

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

- A) рекомбинантные α/ γ интерфероны
- B) кагоцел
- C) ингавирин**
- D) циклоферон

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

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

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

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

64. При беременности противопоказан:

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

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

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

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

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

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

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

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

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

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

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

70. Общим обезболиванием является:

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

71. При общем обезболивании происходит:

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

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

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

73. Общим осложнением при обезболивании является:

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

74. Непосредственным осложнением местной анестезии является:

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

75. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:

- A) внутривенно 1 мл мезатона

	В) внутримышечно 1 мл норадреналин С) внутримышечно метамезон D) внутривенно 1 мл атропина
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

8.Тест

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

9.Контрольная работа

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

10. Собеседование

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

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

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение «общая врачебная практика (семейная медицина)» Европейского отделения Всемирной организации семейных врачей (WONCA) и ее ключевые признаки. 2. Определение Европейского отделения WONCA «врача общей практики (семейного врача) и его 6 основных профессиональных компетенций. Сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача). Фундаментальные особенности ОВП. Определение «врач общей практики (семейный врач)» в законодательных актах и ведомственных нормативных документах РФ. 3. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, выполнение медицинских манипуляций, организационная работа. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ. 4. Практическое значение научно обоснованных определений понятий специальности - «общая врачебная практика (семейная медицина) для проведения мероприятий реформы организации ПМСП по принципу ВОП/СВ и организации системы подготовки ВОП/СВ. Практическое значение научно обоснованных определений понятий специалиста – врача общей практики (семейного врача) для проведения
---	--

	<p>мероприятий реформы организации ПМСП по принципу ВОП/СВ и организации системы подготовки ВОП/СВ.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Методы диагностики в работе врача общей практики»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Основные принципы лабораторной диагностики. Лабораторная диагностическая аппаратура, принципы работы, контроль и правила ухода. 6. Лабораторная диагностика нарушений метаболизма белков, жиров, углеводов, нарушений обмена электролитов, азотистого обмена, ферментных нарушений, клиническое значение. 7. Лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения: клиническое исследование периферической крови. Лабораторная диагностика нарушений обмена билирубина. Клиническое исследование мочи. 8. Электрофизиологические методы исследования: ЭКГ, велоэргометрия. 9. Функциональные методы исследования органов дыхания: спирометрия, спирография, пикфлоуметрия, газового состава крови. 10. Рентгенологические методы исследования: технология рентгенографии, значение для диагностики заболеваний сердца, легких, мочевыводящих путей, органов пищеварения, костно-суставного аппарата. 11. Ультразвуковые методы диагностики: эхолокация органов желудочно-кишечного тракта, эхокардиография. 12. Методы эндоскопии: эзофагогастродуоденоскопия, ректоскопия, колоноскопия, уретроскопия. 13. Современные методы лучевой диагностики: компьютерная томография, магнотно-резонансная томография.
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Медицинская психология в общей врачебной практике»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 14. Психология здорового и больного человека, психология стареющего человека, психология человека, прекращающего профессиональную деятельность. 15. Особенности психики в детском и юношеском возрасте, проблема трудновоспитуемых детей. 16. Личностные особенности и их воздействие на течение соматических заболеваний. Роль психических факторов в предупреждении возникновения и развития заболеваний. 17. Психология отношений между врачом и пациентом, между пациентом и его родственниками, родителями и детьми. 18. Психологические особенности взаимоотношений врача общей практики с врачами других специальностей. Психология врача. 19. Определение понятия «супружеский союз». Психологическая совместимость и несовместимость, супружеское соглашение и ожидание. 20. Элементы медицинской деонтологии. Требования медицинской деонтологии к организации работы врача общей практики (семейного врача).

	<p>21. Применение требований медицинской деонтологии и психогигиены, методов психопрофилактики и психотерапии во взаимоотношениях врача общей практики (семейного врача) с членами семьи.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4. «Медицинская профилактика в профессиональной деятельности врача общей практики»</p>	<p>22. Определение понятия «здоровье», его структура и содержание, закономерности формирования здорового образа жизни семьи.</p> <p>23. Определение понятий «профилактика», «медицинская профилактика», «предболезнь», «болезнь».</p> <p>24. Факторы риска возникновения распространенных заболеваний.</p> <p>25. Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. Принципы профилактики алкоголизма, табакокурения, наркоманий и токсикоманий.</p> <p>26. Система физического воспитания и физиологическое нормирование двигательной активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей.</p> <p>27. Принципы и методы физической культуры в общей врачебной практике (семейной медицине).</p> <p>28. Принципы лечебно-профилактического питания.</p> <p>29. Социально-гигиенические факторы в профилактике преждевременного старения. Физиология, гигиена питания и труда пожилого человека. Лекарственные средства в профилактике преждевременного старения.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5. «Внутренние болезни в общей врачебной практике»</p>	<p>30. Основные клинические симптомы и синдромы болезней органов дыхания (кашель, одышка, кровохарканье, боль в грудной клетке, бронхообструктивный синдром, синдром уплотнения легочной ткани, дыхательная недостаточность).</p> <p>31. Бронхиты, острый и хронический.. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>32. Пневмония. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина внебольничных и нозокомиальных пневмоний. Лабораторная, функциональная, рентгенологическая диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение и профилактика. Диспансерное наблюдение.</p> <p>33. Бронхиальная астма. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>34. Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология и патогенез. Классификация. Внелегочные проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>35. Интерстициальные заболевания легких. Саркоидоз. Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. МСЭ.</p>

36. Заболевания плевры. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина сухих и экссудативных плевритов. Особенности течения, осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
37. Тромбоэмболия легочной артерии и легочная гипертензия. Этиология. патогенез. Классификация. Клиническая картина при молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей ТЭЛА. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии.
38. Основные клинические симптомы и синдромы болезней системы кровообращения (боль в груди, нарушения ритма и проводимости, артериальная гипертензия, гипертонический криз, острый коронарный синдром, гиперхолестеринемия, дислипотеидемия, кардиогенный шок, недостаточность кровообращения).
39. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез. Факторы риска. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. МСЭ.
40. Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины. Диагностика. Принципы лечения.
41. Атеросклероз. Этиология. Патогенез. Клиника атеросклероза различной локализации. Методы диагностики и лечения.
42. Кардиоваскулярная профилактика. Стратегия. Оценка факторов риска. Принципы коррекции модифицируемых факторов риска.
43. Ишемическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Классификация. Методы лечения и профилактики.
44. Стенокардия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение. Показания к реваскуляризации. Методы реваскуляризации. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
45. Острый коронарный синдром с подъемом и без подъема сегмента ST. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы лечения. Тактика ведения на догоспитальном и госпитальном этапах. Реабилитация. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
46. Врожденные пороки сердца. Классификация. Патогенез. Клинические проявления. Инструментальные методы диагностики. Особенности лечения. Показания к оперативному лечению. Реабилитация.
47. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Инструментальные методы диагностики. Особенности лечения. Показания к оперативному лечению. Реабилитация.
48. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная

	<p>диагностика. Лечение. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>49. Кардиомиопатии. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>50. Перикардиты. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Варианты течения. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика. Реабилитация. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>51. Инфекционный эндокардит. Этиология. Патогенез. Факторы риска. Клинические проявления. Варианты течения. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика. Реабилитация. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>52. Основные клинические симптомы и синдромы болезней органов пищеварения (асцит, боль в животе, диарея, диспепсия, дисфагия, желтуха, желудочно-кишечное кровотечение, запор).</p> <p>53. Ахалазия кардии. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>54. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>55. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>56. Функциональные расстройства желудка. Хронические гастриты. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>57. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Методы диагностики. Осложнения язвенной болезни. Постгастрорезекционные расстройства. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>58. Синдром мальабсорбции. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>59. Синдром раздраженного кишечника. Этиология. Патогенез. Клиническая симптоматика. Течение. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>60. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение.</p> <p>61. Неспецифический язвенный колит. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные</p>
--	--

	<p>возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение</p> <p>62. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>63. Дивертикулярная болезнь кишечника. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Течение. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>64. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>65. Хронические гепатиты. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>66. Циррозы печени. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>67. Дискинезия желчевыводящих путей. Желчнокаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром. Склерозирующие холангиты. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>68. Хронический панкреатит. Кистозные заболевания поджелудочной железы. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>69. Муковисцедоз. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>70. Основные клинические симптомы и синдромы болезней мочевыделительной системы (дизурия, мочевого синдром, недержание мочи и другие нарушения функции мочевого пузыря, нарушение половой функции, нефритический синдром, нефротический синдром, острая задержка мочи, отечный синдром, почечная колика, почечная недостаточность).</p> <p>71. Гломерулонефриты. Гистопатология. Клиническая и морфологическая классификация. Этиология. Патогенез. Клинические особенности отдельных морфологических форм гломерулонефрита. Принципы лечение отдельных клинико-морфологических форм гломерулонефрита. Диспансерное наблюдение.</p> <p>72. Инфекции мочевыводящих путей. Цистит. Пиелонефрит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика.</p>
--	---

	<p>Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика рецидивов и повторной инфекции. Диспансерное наблюдение.</p> <p>73. Мочекаменная болезнь. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. патоморфология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>74. Хроническая болезнь почек. Понятие. Эпидемиология. Факторы риска. Диагностика. Прогноз. Общие принципы ведения. Диспансерное наблюдение.</p> <p>75. Острая почечная недостаточность. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.</p> <p>76. Основные клинические симптомы и синдромы ревматических болезней и болезней опорно-двигательного аппарата (боль в суставах, боль в мышцах, болевой синдром в позвоночнике, лихорадка).</p> <p>77. Ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез. Современная классификация. Клинические формы. Диагностические критерии. Этапы лечения. Реабилитация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>78. Ревматоидный артрит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>79. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>80. Болезнь Рейтера. Реактивные артриты. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.</p> <p>81. Первичный остеоартроз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>82. Подагра. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.</p> <p>83. Системная красная волчанка. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, стадии. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>84. Системная склеродермия. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, стадии. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p>
--	--

85. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, стадии. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
86. Узелковый периартериит. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, стадии. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
87. Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии: «прекращение кровообращения», острая сердечная недостаточность, синкопальные состояния, нарушения ритма и проводимости. Этиология, алгоритмы диагностики и лечения.
88. Интенсивная терапия и реанимация в пульмонологии: острая дыхательная недостаточность, астматический статус, легочные кровотечения и кровохарканье. Пневмоторакс. Этиология, алгоритмы диагностики и лечения.
89. Интенсивная терапия и реанимация в гастроэнтерологии: острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, тромбоэмболия мезентериальных сосудов, острый холецистит, острый панкреатит, острая печеночная недостаточность, печеночная кома. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
90. Интенсивная терапия и реанимация в нефрологии: острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, особенности клинической картины. Диагностика. Лечение.
91. Интенсивная терапия и реанимация в эндокринологии: диабетический кетоацидоз и кетоациidotическая кома, гипогликемическое состояние и гипогликемическая кома, гиперосмолярный синдром и гиперосмолярная кома, гиперлактацидемическая кома, гипертиреотический криз, гипотиреоидная кома, гипокортикоидный криз, феохромоцитомный криз. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
92. Интенсивная терапия и реанимация в гематологии: острая постгеморрагическая анемия, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
93. Интенсивная терапия и реанимация в аллергологии: анафилактический шок и анафилактические реакции, отек Квинке, крапивница. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
94. Неотложная помощь больным с заболеваниями (поражениями) внутренних органов в экстремальных условиях при массовом поступлении их из очага катастрофы.

<p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6. «Болезни пожилых в общей врачебной практике»</p>	<p>95. Определение понятий «геронтология» и «гериатрия». Медико-демографическое и социально-гигиеническое значение проблем постарения населения. Современные теории старения.</p> <p>96. Проблемы возрастной нормы. Функциональные изменения при старении. Гетерохронность, гетеротропность и гетерокинетичность процесса старения. Адаптационные возможности организма при старении.</p> <p>97. Физиология и гигиена питания пожилого человека. Гигиена труда пожилого и старого человека (герогигиена). Основы геропсихогигиены. Двигательный режим в среднем и пожилом возрасте. Закаливание стареющего организма.</p> <p>98. Структура заболеваемости в пожилом и старческом возрасте. Особенности врачебного обследования пожилых и старых пациентов в условиях работы врача общей практики (семейного врача).</p> <p>99. Особенности клинического проявления, течения и лечения распространенных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики (семейного врача) при оказании первичной медико-санитарной помощи пожилым и старым пациентам.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7. «Хирургические болезни и основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике»</p>	<p>100. Врачебное обследование хирургического больного в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому.</p> <p>101. «Острый живот». Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики при оказании первичной медико-санитарной помощи на догоспитальном этапе ведения больного, наблюдение и лечение на постгоспитальном этапе.</p> <p>102. Варикозная болезнь. Тактика ведения и лечения больного врачом общей практики в период ремиссии; показания к плановому оперативному вмешательству; восстановительное лечение в послеоперационном периоде.</p> <p>103. Признаки обострения тромбофлебита и тактика ведения больных, показания к госпитализации, профилактика осложнений. Хроническая венозная недостаточность.</p> <p>104. Облитерирующий эндортериит и атеросклероз сосудов нижних конечностей: клиническая диагностика, лечение, профилактика прогрессирования и осложнений. Показания к оперативному лечению.</p> <p>105. Болезни прямой кишки и перианальной области. Хронический парапроктит. Геморрой. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. диагностика, дифференциальная диагностика. Методы консервативного лечения. Оперативное лечение. Отдаленные результаты.</p> <p>106. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Методы диагностики и тактика ведения врачом общей практики.</p> <p>107. Заболевания мочеполовой сферы. Наблюдение врачом общей практики за оперированными пациентами на поликлиническом этапе. Ведение больных после операций на органах желудочно-кишечного тракта и билиарной системы.</p>

	<p>Ведение больных после операций на сердце (комиссуротомия, протезирование клапанов).</p> <p>108. Сотрясения головного мозга, ушибы, раны. Неотложная помощь. Первая врачебная помощь при массовом поступлении больных.</p> <p>109. Переломы, вывихи. лечения заболеваний органов пищеварения. Неотложная помощь.</p> <p>110. Ожоги, отморожения. Неотложная помощь. Первая врачебная помощь при массовом поступлении больных.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8. «Акушерство и гинекология в общей врачебной практике»</p>	<p>111. Планирование семьи. Роль врача общей практики. Аборт и его социальное значение. Медико-генетическое консультирование и профилактика наследственных заболеваний.</p> <p>112. Клинические методы исследования в акушерстве и гинекологии. применяемые в общей врачебной практике.</p> <p>113. Современные методы ранней диагностики беременности. Медицинские противопоказания к сохранению беременности.</p> <p>114. Диспансерное наблюдение за беременными. Показания для госпитализации.</p> <p>115. Гестоз первой половины беременности. Лечение.</p> <p>116. Гестоз второй половины беременности, ранняя диагностика, показания для госпитализации.</p> <p>117. Ведение физиологических родов.</p> <p>118. Догоспитальная помощь при неотложных состояниях в акушерстве.</p> <p>119. Бесплодие. Классификация. Методы лечения.</p> <p>120. Нарушения менструальной функции. Аменорея.</p> <p>121. Дисфункциональные маточные кровотечения.</p> <p>122. Задержка и преждевременное половое развитие в подростковом возрасте.</p> <p>123. Климакс. Показания к лечению и выбор терапии.</p> <p>124. Диагностика и лечение врачом общей практики острых и хронических заболеваний женских половых органов, не требующих участия специалистов.</p> <p>125. Факторы риска развития новообразований женских половых органов.</p> <p>126. Доброкачественные новообразования женских половых органов. Методы ранней диагностики. Тактика врача общей практики. Диагностика осложнений. Показания к экстренному и плановому оперативному лечению.</p> <p>127. Ранняя диагностика злокачественных новообразований. Тактика врача общей практики.</p> <p>128. Неотложные состояния в гинекологии. Тактика врача общей практики.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 9. «Педиатрия в общей врачебной практике»</p>	<p>129. Общие сведения о медицинской генетике и наследственных болезнях человека. Медико-генетическое консультирование и профилактика наследственных заболеваний.</p> <p>130. Физиология и патология детей периода новорожденности. Принципы рационального вскармливания детей первого года жизни.</p>

	<p>131. Физиологические особенности развития ребенка в разных возрастных периодах.</p> <p>132. Показатели нормального физического развития. Закаливание и физическая культура в разных возрастных периодах.</p> <p>133. Вакцинация и ревакцинация.</p> <p>134. Профилактика и коррекция возможной патологии, раннее ее выявление совместно со специалистом.</p> <p>135. Физиологические особенности подросткового возраста. Особенности течения соматических заболеваний в подростковом возрасте. Психологические проблемы в подростковом возрасте.</p> <p>136. Диспансеризация подростков. Оздоровительные мероприятия.</p> <p>137. Особенности течения наиболее часто встречающихся заболеваний в детском возрасте. Лечение с учетом особенностей фармакотерапии у детей.</p> <p>138. Врожденные и приобретенные заболевания костно-мышечной системы у детей. Диагностика и лечение. Профилактика осложнений, их раннее выявление и лечение. Показания к госпитализации.</p> <p>139. Детские инфекционные заболевания. Диагностика и лечение. Профилактика осложнений, их раннее выявление и лечение. Показания к госпитализации.</p> <p>140. Экспертиза трудоспособности по уходу за больным ребенком.</p> <p>141. Показания к установлению инвалидности у детей. Порядок оформления и переосвидетельствования.</p> <p>142. Клиническая смерть ребенка.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 10. «Неврология и психиатрия в общей врачебной практике»</p>	<p>143. Основные неврологические симптомы и синдромы. Диагностика заболеваний периферической нервной системы</p> <p>144. Остеохондроз позвоночника. Вертебро-базилярная недостаточность.</p> <p>145. Острое нарушение мозгового кровообращения. Классификация. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики. Лечение.</p> <p>146. Острые воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек (энцефалит, арахноидит, менингит). Клиническая картина. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики. Лечение.</p> <p>147. Сосудистые поражения головного мозга в пожилом и старческом возрасте. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики. Лечение.</p> <p>148. Эпилепсия. Клиническая картина. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики. Лечение.</p> <p>149. Болезнь Паркинсона. Клиническая картина. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики. Лечение.</p> <p>150. Опухоли головного мозга. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики.</p> <p>151. Сотрясение, ушиб головного мозга. Диагностика. Первая врачебная помощь, показания к госпитализации.</p>

	<p>152. Отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы и воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек.</p> <p>153. Неотложные состояния в неврологии. Первая врачебная помощь.</p> <p>154. Организация психиатрической помощи.</p> <p>155. Медико-социальные, этические и юридические аспекты в психиатрии.</p> <p>156. Клиническая характеристика основных психопатологических симптомов и синдромов.</p> <p>157. Общая характеристика современных принципов и методов лечения психических заболеваний, применяемых при оказании первичной медико-санитарной помощи врачом общей практики.</p> <p>158. Шизофрения. Клинические варианты. Диагностика. Лечение.</p> <p>159. Маниакально-депрессивный психоз. Диагностика. Лечение.</p> <p>160. Пограничные состояния. Диагностика. Лечение.</p> <p>161. Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях. Диагностика. Лечение.</p> <p>162. Особенности психики в пожилом возрасте и способы их коррекции.</p> <p>163. Алкоголизм. Клинические проявления. Способы лечения. Социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике.</p> <p>164. Наркомания. Токсикомания. Клинические проявления. Способы лечения. Социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике.</p> <p>165. Тактика врача общей практики при работе с пациентом, имеющим психическое заболевание или расстройство и членами его семьи.</p>
<p>Б 1.Б.6.11 Раздел 11. «Профессиональные болезни в общей врачебной практике»</p>	<p>166. Профилактика профессиональных заболеваний: выявление факторов риска, способствующих возникновению наиболее распространенных профессиональных заболеваний. Профессии, угрожающие развитием профессиональных заболеваний.</p> <p>167. Предварительные медицинские осмотры, их цели и задачи. Противопоказания к приему на работу при наличии вредных производственных факторов. Периодические медицинские осмотры лиц, подвергающихся воздействию вредных производственных факторов с целью выявления ранних признаков профессиональных заболеваний.</p> <p>168. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики при профессиональных заболеваниях.</p> <p>169. Ранние симптомы профессиональных заболеваний, связанных с воздействием промышленных ядов (свинца, ртути, кадмия, углеводородов, кислот, щелочей, марганца, сероуглерода).</p> <p>170. Ранние симптомы профессиональных заболеваний, связанных с воздействием физических факторов (шума,</p>

	<p>производственной вибрации, ионизирующего и неионизирующего излучения, ультразвука).</p> <p>171. Ранние симптомы профессиональных заболеваний, связанных с воздействием пыли на производстве (пневмокониозы: силикоз, силикатоз, асбестоз, пылевой бронхит и профессиональная ХОБЛ, профессиональная бронхиальная астма).</p>
<p>Б 1.Б.6.12 Раздел 12. «Болезни уха, горла и носа в общей врачебной практике»</p>	<p>172. Воспалительные заболевания наружного уха (острый наружный отит, серная пробка), тактика ведения.</p> <p>173. Воспалительные заболевания среднего уха (острый, хронический средний отит, гнойные отиты, мастоидит, хронический евстахиит), тактика ведения.</p> <p>174. Воспалительные заболевания внутреннего уха (болезнь Меньера), тактика ведения.</p> <p>175. Ларингиты. Фарингиты. Диагностика. Тактика ведения.</p> <p>176. Риниты. Полипоз. Аденоиды. Диагностика. Тактика ведения.</p> <p>177. Хронический тонзиллит. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному лечению. Профилактика.</p> <p>178. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики при оказании первой врачебной помощи больным с травмами и инородными телами уха, горла, носа.</p> <p>179. Опухоли носа и придаточных пазух. Диагностика. Тактика ведения врачом общей практики.</p> <p>180. Опухоли ротоглотки. Диагностика. Тактика ведения врачом общей практики.</p> <p>181. Опухоли гортани. Диагностика. Тактика ведения врачом общей практики.</p>
<p>Б 1.Б.6.13 Раздел 13. «Болезни глаз в общей врачебной практике»</p>	<p>182. Методы исследования зрительных функций.</p> <p>183. Воспалительные заболевания век.</p> <p>184. Воспалительные заболевания слезных органов.</p> <p>185. Воспалительные заболевания конъюнктивы.</p> <p>186. Заболевания и повреждения роговицы. Ранняя диагностика. Первая помощь.</p> <p>187. Инородные тела и травмы глаза. Ранняя диагностика. Первая врачебная помощь. Лечение.</p> <p>188. Выявление пациентов с подозрением на глаукому. Лечение в период ремиссии.</p> <p>189. Экстренная помощь при остром приступе глаукомы.</p> <p>190. Диагностика катаракты, тактика ведения больных врачом общей практики.</p> <p>191. Миопия. Методы коррекции зрения. Подбор очков при миопии.</p> <p>192. Гиперметропия. Методы коррекции зрения. Подбор очков при гиперметропии.</p> <p>193. Пресбиопия. Методы коррекции зрения. Подбор очков при пресбиопии.</p> <p>194. Астигматизм. Методы коррекции зрения. Подбор очков при астигматизме.</p> <p>195. Тактика врача общей практики при онкологических заболеваниях глаз.</p>

<p>Б 1.Б.6.14 Раздел 14. «Болезни кожи и ИПП в общей врачебной практике»</p>	<p>196. Основные кожные синдромы (кожный зуд, кожные высыпания, нарушение пигментации, выпадение волос). 197. Кожные признаки заболеваний внутренних органов. 198. Изменение кожных покровов лица (себорейный дерматит, фоточувствительность, волчаночный синдром). 199. Болезни сальных и потовых желез. Диагностика. Ведение. 200. Псориаз. Диагностика. Ведение. 201. Экзема. Диагностика. Ведение. 202. Инфекции кожи. Диагностика. Ведение. 203. Дерматозы. Диагностика. Ведение. 204. Опухоли кожи. Базально-клеточная карцинома. Меланома. Диагностика. Ведение. 205. Заболевания ногтей. Грибковые поражения кожи и ногтей. 206. Сифилис. Тактика врача общей практики. 207. Гонорея. Тактика врача общей практики. 208. Трихомоноз. Тактика врача общей практики. 209. Хламидиоз. Тактика врача общей практики. 210. Генитальный герпес. Тактика врача общей практики.</p>
<p>Б 1.Б.6.15 Раздел 15. «Болезни зубов, слизистой полости рта и языка в общей врачебной практике»</p>	<p>211. Клинические методы исследования слизистой оболочки полости рта, зубов, пародонта, регионарных лимфатических узлов, языка и слюнной железы. 212. Кариес, ранние проявления и возможности профилактики 213. Пародонтит, основные клинические проявления и способы профилактики. 214. Афтозный стоматит, клинические проявления и лечение. 215. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики при оказании первичной медико-санитарной помощи больным с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, зубов, пародонта, регионарных лимфатических узлов. 216. Первая врачебная помощь при неотложных состояниях в стоматологии.</p>
<p>Б 1.Б.6.16 Раздел 16. «Онкология в общей врачебной практике»</p>	<p>217. Злокачественные новообразования, основные клинические проявления. Понятие органоспецифичности злокачественных новообразований. 218. Основные лабораторные и инструментальные методы диагностики злокачественных новообразований. 219. Паранеопластические синдромы. 220. Функции врача общей практики по выявлению ранних проявлений злокачественных новообразований, диагностические возможности.</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность»</p>	<p>1. Определение «общая врачебная практика (семейная медицина)» Европейского отделения Всемирной организации семейных врачей (WONCA) и ее ключевые признаки. 2. Законодательные акты и ведомственные нормативные документы, регламентирующие порядок поэтапного перехода к организации ПМСП по принципу ВОП/СВ в РФ. 3. Практическая значимость европейской концепции определения «общая врачебная практика (семейная медицина)».</p>
---	--

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Определение Европейского отделения WONCA «врача общей практики (семейного врача) и его 6 основных профессиональных компетенций. Сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача). Фундаментальные особенности ОВП. Определение «врач общей практики (семейный врач)» в законодательных актах и ведомственных нормативных документах РФ. 5. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, выполнение медицинских манипуляций, организационная работа. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ. 6. Практическое значение научно обоснованных определений понятий специальности - «общая врачебная практика (семейная медицина) для проведения мероприятий реформы организации ПМСП по принципу ВОП/СВ и организации системы подготовки ВОП/СВ. Практическое значение научно обоснованных определений понятий специалиста – врача общей практики (семейного врача) для проведения мероприятий реформы организации ПМСП по принципу ВОП/СВ и организации системы подготовки ВОП/СВ.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Методы диагностики в работе врача общей практики»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Основные принципы лабораторной диагностики. Лабораторная диагностическая аппаратура, принципы работы, контроль и правила ухода. 8. Лабораторная диагностика нарушений метаболизма белков, жиров, углеводов, нарушений обмена электролитов, азотистого обмена, ферментных нарушений, клиническое значение. 9. Лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения: клиническое исследование периферической крови. Лабораторная диагностика нарушений обмена билирубина. Клиническое исследование мочи. 10. Электрофизиологические методы исследования: ЭКГ, велоэргометрия. 11. Функциональные методы исследования органов дыхания: спирометрия, спирография, пикфлоуметрия, газового состава крови. 12. Рентгенологические методы исследования: технология рентгенографии, значение для диагностики заболеваний сердца, легких, мочевыводящих путей, органов пищеварения, костно-суставного аппарата. 13. Ультразвуковые методы диагностики: эхолокация органов желудочно-кишечного тракта, эхокардиография. 14. Методы эндоскопии: эзофагогастродуоденоскопия, ректоскопия, колоноскопия, уретроскопия. 15. Современные методы лучевой диагностики: компьютерная томография, магнотно-резонансная томография.

<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Медицинская психология в общей врачебной практике»</p>	<p>16. Психология здорового и больного человека, психология стареющего человека, психология человека, прекращающего профессиональную деятельность.</p> <p>17. Особенности психики в детском и юношеском возрасте, проблема трудновоспитуемых детей.</p> <p>18. Личностные особенности и их воздействие на течение соматических заболеваний. Роль психических факторов в предупреждении возникновения и развития заболеваний.</p> <p>19. Психология отношений между врачом и пациентом, между пациентом и его родственниками, родителями и детьми.</p> <p>20. Психологические особенности взаимоотношений врача общей практики с врачами других специальностей. Психология врача.</p> <p>21. Определение понятия «супружеский союз». Психологическая совместимость и несовместимость, супружеское соглашение и ожидание.</p> <p>22. Жизненный цикл семьи. Типы взаимоотношений членов семьи. Закономерности процесса воспитания ребенка в семье. Функции эмоций в межличностных отношениях в семье.</p> <p>23. Элементы медицинской деонтологии. Требования медицинской деонтологии к организации работы врача общей практики (семейного врача).</p> <p>24. Применение требований медицинской деонтологии и психогигиены, методов психопрофилактики и психотерапии во взаимоотношениях врача общей практики (семейного врача) с членами семьи.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4. «Медицинская профилактика в профессиональной деятельности врача общей практики»</p>	<p>25. Определение понятия «здоровье», его структура и содержание, закономерности формирования здорового образа жизни семьи.</p> <p>26. Определение понятий «профилактика», «медицинская профилактика», «предболезнь», «болезнь».</p> <p>27. Факторы риска возникновения распространенных заболеваний.</p> <p>28. Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. Принципы профилактики алкоголизма, табакокурения, наркоманий и токсикоманий.</p> <p>29. Система физического воспитания и физиологическое нормирование двигательной активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей.</p> <p>30. Принципы и методы физической культуры в общей врачебной практике (семейной медицине).</p> <p>31. Принципы лечебно-профилактического питания.</p> <p>32. Социально-гигиенические факторы в профилактике преждевременного старения. Физиология, гигиена питания и труда пожилого человека. Лекарственные средства в профилактике преждевременного старения.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5. «Внутренние болезни в общей врачебной практике»</p>	<p>33. Основные клинические симптомы и синдромы болезней органов дыхания (кашель, одышка, кровохарканье, боль в грудной клетке, бронхообструктивный синдром, синдром уплотнения легочной ткани, дыхательная недостаточность).</p>

34. Бронхиты, острый и хронический.. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение.
35. Пневмония. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина внебольничных и нозокомиальных пневмоний. Лабораторная, функциональная, рентгенологическая диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение и профилактика. Диспансерное наблюдение.
36. Бронхиальная астма. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, МСЭ. Диспансерное наблюдение.
37. Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология и патогенез. Классификация. Внелегочные проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
38. Интерстициальные заболевания легких. Саркоидоз. Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. МСЭ.
39. Заболевания плевры. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина сухих и экссудативных плевритов. Особенности течения, осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
40. Тромбоэмболия легочной артерии и легочная гипертензия. Этиология. патогенез. Классификация. Клиническая картина при молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей ТЭЛА. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии.
41. Основные клинические симптомы и синдромы болезней системы кровообращения (боль в груди, нарушения ритма и проводимости, артериальная гипертензия, гипертонический криз, острый коронарный синдром, гиперхолестеринемия, дислипотеидемия, кардиогенный шок, недостаточность кровообращения).
42. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез. Факторы риска. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. МСЭ.
43. Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины. Диагностика. Принципы лечения.
44. Атеросклероз. Этиология. Патогенез. Клиника атеросклероза различной локализации. Методы диагностики и лечения.
45. Кардиоваскулярная профилактика. Стратегия. Оценка факторов риска. Принципы коррекции модифицируемых факторов риска.
46. Ишемическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Классификация. Методы лечения и профилактики.

47. Стенокардия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение. Показания к реваскуляризации. Методы реваскуляризации. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
48. Острый коронарный синдром с подъемом и без подъема сегмента ST. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы лечения. Тактика ведения на догоспитальном и госпитальном этапах. Реабилитация. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
49. Врожденные пороки сердца. Классификация. Патогенез. Клинические проявления. Инструментальные методы диагностики. Особенности лечения. Показания к оперативному лечению. Реабилитация.
50. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Инструментальные методы диагностики. Особенности лечения. Показания к оперативному лечению. Реабилитация.
51. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
52. Кардиомиопатии. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
53. Перикардиты. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Варианты течения. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика. Реабилитация. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
54. Инфекционный эндокардит. Этиология. Патогенез. Факторы риска. Клинические проявления. Варианты течения. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика. Реабилитация. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
55. Основные клинические симптомы и синдромы болезней органов пищеварения (асцит, боль в животе, диарея, диспепсия, дисфагия, желтуха, желудочно-кишечное кровотечение, запор).
56. Ахалазия кардии. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
57. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
58. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
59. Функциональные расстройства желудка. Хронические гастриты. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика.

	<p>Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>60. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Методы диагностики. Осложнения язвенной болезни. Постгастрорезекционные расстройства. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>61. Синдром мальабсорбции. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>62. Синдром раздраженного кишечника. Этиология. Патогенез. Клиническая симптоматика. Течение. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>63. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение.</p> <p>64. Неспецифический язвенный колит. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение.</p> <p>65. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>66. Дивертикулярная болезнь кишечника. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Течение. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>67. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>68. Хронические гепатиты. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>69. Циррозы печени. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>70. Дискинезия желчевыводящих путей. Желчнокаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром. Склерозирующие холангиты. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>71. Хронический панкреатит. Кистозные заболевания поджелудочной железы. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика.</p>
--	---

	<p>Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>72. Муковисцедоз. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>73. Основные клинические симптомы и синдромы болезней мочевыделительной системы (дизурия, мочевого синдром, недержание мочи и другие нарушения функции мочевого пузыря, нарушение половой функции, нефритический синдром, нефротический синдром, острая задержка мочи, отечный синдром, почечная колика, почечная недостаточность).</p> <p>74. Гломерулонефриты. Гистопатология. Клиническая и морфологическая классификация. Этиология. Патогенез. Клинические особенности отдельных морфологических форм гломерулонефрита. Принципы лечение отдельных клинкоморфологических форм гломерулонефрита. Диспансерное наблюдение.</p> <p>75. Инфекции мочевыводящих путей. Цистит. Пиелонефрит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика рецидивов и повторной инфекции. Диспансерное наблюдение.</p> <p>76. Мочекаменная болезнь. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. патоморфология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>77. Хроническая болезнь почек. Понятие. Эпидемиология. Факторы риска. Диагностика. Прогноз. Общие принципы ведения. Диспансерное наблюдение.</p> <p>78. Острая почечная недостаточность. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.</p> <p>79. Основные клинические симптомы и синдромы ревматических болезней и болезней опорно-двигательного аппарата (боль в суставах, боль в мышцах, болевой синдром в позвоночнике, лихорадка).</p> <p>80. Ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез. Современная классификация. Клинические формы. Диагностические критерии. Этапы лечения. Реабилитация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>81. Ревматоидный артрит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p> <p>82. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.</p>
--	--

83. Болезнь Рейтера. Реактивные артриты. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
84. Первичный остеоартроз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
85. Подагра. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
86. Системная красная волчанка. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, стадии. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
87. Системная склеродермия. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, стадии. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
88. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, стадии. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
89. Узелковый периартериит. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, стадии. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Прогноз. МСЭ. Диспансерное наблюдение.
90. Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии: «прекращение кровообращения», острая сердечная недостаточность, синкопальные состояния, нарушения ритма и проводимости. Этиология, алгоритмы диагностики и лечения.
91. Интенсивная терапия и реанимация в пульмонологии: острая дыхательная недостаточность, астматический статус, легочные кровотечения и кровохарканье. Пневмоторакс. Этиология, алгоритмы диагностики и лечения.
92. Интенсивная терапия и реанимация в гастроэнтерологии: острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, тромбоз мезентериальных сосудов, острый холецистит, острый панкреатит, острая печеночная недостаточность, печеночная кома. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
93. Интенсивная терапия и реанимация в нефрологии: острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, особенности клинической картины. Диагностика. Лечение.

	<p>94. Интенсивная терапия и реанимация в эндокринологии: диабетический кетоацидоз и кетоациidotическая кома, гипогликемическое состояние и гипогликемическая кома, гиперосмолярный синдром и гиперосмолярная кома, гиперлактацидемическая кома, гипертиреоидный криз, гипотиреоидная кома, гипокортикоидный криз, феохромоцитомный криз. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>95. Интенсивная терапия и реанимация в гематологии: острая постгеморрагическая анемия, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>96. Интенсивная терапия и реанимация в аллергологии: анафилактический шок и анафилактические реакции, отек Квинке, крапивница. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.</p> <p>97. Неотложная помощь больным с заболеваниями (поражениями) внутренних органов в экстремальных условиях при массовом поступлении их из очага катастрофы.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6. «Болезни пожилых в общей врачебной практике»</p>	<p>98. Определение понятий «геронтология» и «гериатрия». Медико-демографическое и социально-гигиеническое значение проблем старения населения. Современные теории старения.</p> <p>99. Проблемы возрастной нормы. Функциональные изменения при старении. Гетерохронность, гетеротропность и гетерокинетичность процесса старения. Адаптационные возможности организма при старении.</p> <p>100. Физиология и гигиена питания пожилого человека. Гигиена труда пожилого и старого человека (герогигиена). Основы геропсихогигиены. Двигательный режим в среднем и пожилом возрасте. Закаливание стареющего организма.</p> <p>101. Клиническая фармакология в гериатрии. Лекарственные средства в профилактике преждевременного старения.</p> <p>102. Структура заболеваемости в пожилом и старческом возрасте. Особенности врачебного обследования пожилых и старых пациентов в условиях работы врача общей практики (семейного врача).</p> <p>103. Особенности клинического проявления, течения и лечения распространенных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики (семейного врача) при оказании первичной медико-санитарной помощи пожилым и старым пациентам.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7. «Хирургические болезни и основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике»</p>	<p>104. Врачебное обследование хирургического больного в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому.</p> <p>105. «Острый живот». Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики при оказании первичной медико-санитарной помощи на догоспитальном этапе ведения больного, наблюдение и лечение на постгоспитальном этапе.</p>

	<p>106. Варикозная болезнь. Тактика ведения и лечения больного врачом общей практики в период ремиссии; показания к плановому оперативному вмешательству; восстановительное лечение в послеоперационном периоде.</p> <p>107. Признаки обострения тромбоза и тактика ведения больных, показания к госпитализации, профилактика осложнений. Хроническая венозная недостаточность.</p> <p>108. Облитерирующий эндартериит и атеросклероз сосудов нижних конечностей: клиническая диагностика, лечение, профилактика прогрессирования и осложнений. Показания к оперативному лечению.</p> <p>109. Болезни прямой кишки и перианальной области. Хронический парапроктит. Геморрой. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. диагностика, дифференциальная диагностика. Методы консервативного лечения. Оперативное лечение. Отдаленные результаты.</p> <p>110. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Методы диагностики и тактика ведения врачом общей практики.</p> <p>111. Заболевания мочеполовой сферы. Наблюдение врачом общей практики за оперированными пациентами на поликлиническом этапе. Ведение больных после операций на органах желудочно-кишечного тракта и билиарной системы. Ведение больных после операций на сердце (комиссуротомия, протезирование клапанов).</p> <p>112. Сотрясения головного мозга, ушибы, раны. Неотложная помощь. Первая врачебная помощь при массовом поступлении больных.</p> <p>113. Переломы, вывихи. лечения заболеваний органов пищеварения. Неотложная помощь.</p> <p>114. Ожоги, отморожения. Неотложная помощь. Первая врачебная помощь при массовом поступлении больных.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8. «Акушерство и гинекология в общей врачебной практике»</p>	<p>115. Планирование семьи. Роль врача общей практики. Аборт и его социальное значение. Медико-генетическое консультирование и профилактика наследственных заболеваний.</p> <p>116. Клинические методы исследования в акушерстве и гинекологии. применяемые в общей врачебной практике.</p> <p>117. Современные методы ранней диагностики беременности. Медицинские противопоказания к сохранению беременности.</p> <p>118. Диспансерное наблюдение за беременными. Показания для госпитализации.</p> <p>119. Гестоз первой половины беременности. Лечение.</p> <p>120. Гестоз второй половины беременности, ранняя диагностика, показания для госпитализации.</p> <p>121. Ведение физиологических родов.</p> <p>122. Догоспитальная помощь при неотложных состояниях в акушерстве.</p> <p>123. Бесплодие. Классификация. Методы лечения.</p> <p>124. Нарушения менструальной функции. Аменорея.</p> <p>125. Дисфункциональные маточные кровотечения.</p>

	<p>126. Задержка и преждевременное половое развитие в подростковом возрасте.</p> <p>127. Климакс. Показания к лечению и выбор терапии.</p> <p>128. Диагностика и лечение врачом общей практики острых и хронических заболеваний женских половых органов, не требующих участия специалистов.</p> <p>129. Факторы риска развития новообразований женских половых органов.</p> <p>130. Доброкачественные новообразования женских половых органов. Методы ранней диагностики. Тактика врача общей практики. Диагностика осложнений. Показания к экстренному и плановому оперативному лечению.</p> <p>131. Ранняя диагностика злокачественных новообразований. Тактика врача общей практики.</p> <p>132. Неотложные состояния в гинекологии. Тактика врача общей практики.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 9. «Педиатрия в общей врачебной практике»</p>	<p>133. Общие сведения о медицинской генетике и наследственных болезнях человека. Медико-генетическое консультирование и профилактика наследственных заболеваний.</p> <p>134. Физиология и патология детей периода новорожденности. Принципы рационального вскармливания детей первого года жизни.</p> <p>135. Физиологические особенности развития ребенка в разных возрастных периодах.</p> <p>136. Показатели нормального физического развития. Закаливание и физическая культура в разных возрастных периодах.</p> <p>137. Вакцинация и ревакцинация.</p> <p>138. Профилактика и коррекция возможной патологии, раннее ее выявление совместно со специалистом.</p> <p>139. Физиологические особенности подросткового возраста. Особенности течения соматических заболеваний в подростковом возрасте. Психологические проблемы в подростковом возрасте.</p> <p>140. Диспансеризация подростков. Оздоровительные мероприятия.</p> <p>141. Особенности течения наиболее часто встречающихся заболеваний в детском возрасте. Лечение с учетом особенностей фармакотерапии у детей.</p> <p>142. Врожденные и приобретенные заболевания костно-мышечной системы у детей. Диагностика и лечение. Профилактика осложнений, их раннее выявление и лечение. Показания к госпитализации.</p> <p>143. Детские инфекционные заболевания. Диагностика и лечение. Профилактика осложнений, их раннее выявление и лечение. Показания к госпитализации.</p> <p>144. Экспертиза трудоспособности по уходу за больным ребенком.</p> <p>145. Показания к установлению инвалидности у детей. Порядок оформления и переосвидетельствования.</p> <p>146. Клиническая смерть ребенка.</p>

Б 1.Б.6.8 Раздел 10.
«Неврология и
психиатрия в общей
врачебной
практике»

147. Основные неврологические симптомы и синдромы. Диагностика заболеваний периферической нервной системы
148. Остеохондроз позвоночника. Вертебро-базилярная недостаточность.
149. Острое нарушение мозгового кровообращения. Классификация. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики. Лечение.
150. Острые воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек (энцефалит, арахноидит, менингит). Клиническая картина. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики. Лечение.
151. Сосудистые поражения головного мозга в пожилом и старческом возрасте. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики. Лечение.
152. Эпилепсия. Клиническая картина. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики. Лечение.
153. Болезнь Паркинсона. Клиническая картина. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики. Лечение.
154. Опухоли головного мозга. Диагностика и тактика ведения врачом общей практики.
155. Сотрясение, ушиб головного мозга. Диагностика. Первая врачебная помощь, показания к госпитализации.
156. Отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы и воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек.
157. Неотложные состояния в неврологии. Первая врачебная помощь.
158. Организация психиатрической помощи.
159. Медико-социальные, этические и юридические аспекты в психиатрии.
160. Клиническая характеристика основных психопатологических симптомов и синдромов.
161. Общая характеристика современных принципов и методов лечения психических заболеваний, применяемых при оказании первичной медико-санитарной помощи врачом общей практики.
162. Шизофрения. Клинические варианты. Диагностика. Лечение.
163. Маниакально-депрессивный психоз. Диагностика. Лечение.
164. Пограничные состояния. Диагностика. Лечение.
165. Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях. Диагностика. Лечение.
166. Особенности психики в пожилом возрасте и способы их коррекции.
167. Алкоголизм. Клинические проявления. Способы лечения. Социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике.
168. Наркомания. Токсикомания. Клинические проявления. Способы лечения. Социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике.

	169. Тактика врача общей практики при работе с пациентом, имеющим психическое заболевание или расстройство и членами его семьи.
Б 1.Б.6.11 Раздел 11. «Профессиональные болезни в общей врачебной практике»	<p>170. Профилактика профессиональных заболеваний: выявление факторов риска, способствующих возникновению наиболее распространенных профессиональных заболеваний. Профессии, угрожающие развитием профессиональных заболеваний.</p> <p>171. Предварительные медицинские осмотры, их цели и задачи. Противопоказания к приему на работу при наличии вредных производственных факторов. Периодические медицинские осмотры лиц, подвергающихся воздействию вредных производственных факторов с целью выявления ранних признаков профессиональных заболеваний.</p> <p>172. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики при профессиональных заболеваниях.</p> <p>173. Ранние симптомы профессиональных заболеваний, связанных с воздействием промышленных ядов (свинца, ртути, кадмия, углеводов, кислот, щелочей, марганца, сероуглерода).</p> <p>174. Ранние симптомы профессиональных заболеваний, связанных с воздействием физических факторов (шума, производственной вибрации, ионизирующего и неионизирующего излучения, ультразвука).</p> <p>175. Ранние симптомы профессиональных заболеваний, связанных с воздействием пыли на производстве (пневмокониозы: силикоз, силикатоз, асбестоз, пылевой бронхит и профессиональная ХОБЛ, профессиональная бронхиальная астма).</p>
Б 1.Б.6.12 Раздел 12. «Болезни уха, горла и носа в общей врачебной практике»	<p>176. Воспалительные заболевания наружного уха (острый наружный отит, серная пробка), тактика ведения.</p> <p>177. Воспалительные заболевания среднего уха (острый, хронический средний отит, гнойные отиты, мастоидит, хронический евстахиит), тактика ведения.</p> <p>178. Воспалительные заболевания внутреннего уха (болезнь Меньера), тактика ведения.</p> <p>179. Ларингиты. Фарингиты. Диагностика. Тактика ведения.</p> <p>180. Риниты. Полипоз. Аденоиды. Диагностика. Тактика ведения.</p> <p>181. Хронический тонзиллит. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному лечению. Профилактика.</p> <p>182. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики при оказании первой врачебной помощи больным с травмами и инородными телами уха, горла, носа.</p> <p>183. Опухоли носа и придаточных пазух. Диагностика. Тактика ведения врачом общей практики.</p> <p>184. Опухоли ротоглотки. Диагностика. Тактика ведения врачом общей практики.</p> <p>185. Опухоли гортани. Диагностика. Тактика ведения врачом общей практики.</p>
Б 1.Б.6.13 Раздел 13. «Болезни глаз в	<p>186. Методы исследования зрительных функций.</p> <p>187. Воспалительные заболевания век.</p>

<p>общей врачебной практике»</p>	<p>188. Воспалительные заболевания слезных органов. 189. Воспалительные заболевания конъюнктивы. 190. Заболевания и повреждения роговицы. Ранняя диагностика. Первая помощь. 191. Инородные тела и травмы глаза. Ранняя диагностика. Первая врачебная помощь. Лечение. 192. Выявление пациентов с подозрением на глаукому. Лечение в период ремиссии. 193. Экстренная помощь при остром приступе глаукомы. 194. Диагностика катаракты, тактика ведения больных врачом общей практики. 195. Миопия. Методы коррекции зрения. Подбор очков при миопии. 196. Гиперметропия. Методы коррекции зрения. Подбор очков при гиперметропии. 197. Пресбиопия. Методы коррекции зрения. Подбор очков при пресбиопии. 198. Астигматизм. Методы коррекции зрения. Подбор очков при астигматизме. 199. Тактика врача общей практики при онкологических заболеваниях глаз.</p>
<p>Б 1.Б.6.14 Раздел 14. «Болезни кожи и ИПП в общей врачебной практике»</p>	<p>200. Основные кожные синдромы (кожный зуд, кожные высыпания, нарушение пигментации, выпадение волос). 201. Кожные признаки заболеваний внутренних органов. 202. Изменение кожных покровов лица (себорейный дерматит, фоточувствительность, волчаночный синдром). 203. Болезни сальных и потовых желез. Диагностика. Ведение. 204. Псориаз. Диагностика. Ведение. 205. Экзема. Диагностика. Ведение. 206. Инфекции кожи. Диагностика. Ведение. 207. Дерматозы. Диагностика. Ведение. 208. Опухоли кожи. Базально-клеточная карцинома. Меланома. Диагностика. Ведение. 209. Заболевания ногтей. Грибковые поражения кожи и ногтей. 210. Сифилис. Тактика врача общей практики. 211. Гонорея. Тактика врача общей практики. 212. Трихомониаз. Тактика врача общей практики. 213. Хламидиоз. Тактика врача общей практики. 214. Генитальный герпес. Тактика врача общей практики.</p>
<p>Б 1.Б.6.15 Раздел 15. «Болезни зубов, слизистой полости рта и языка в общей врачебной практике»</p>	<p>215. Клинические методы исследования слизистой оболочки полости рта, зубов, пародонта, регионарных лимфатических узлов, языка и слюнной железы. 216. Профилактические осмотры полости рта как методы ранней диагностики заболеваний. 217. Кариес, ранние проявления и возможности профилактики 218. Пародонтит, основные клинические проявления и способы профилактики. 219. Афтозный стоматит, клинические проявления и лечение. 220. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики при оказании первичной медико-санитарной помощи больным с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, зубов, пародонта, регионарных лимфатических узлов.</p>

	221. Первая врачебная помощь при неотложных состояниях в стоматологии.
Б 1.Б.6.16 Раздел 16. «Онкология в общей врачебной практике»	222. Злокачественные новообразования, основные клинические проявления. Понятие органоспецифичности злокачественных новообразований. 223. Основные лабораторные и инструментальные методы диагностики злокачественных новообразований. 224. Паранеопластические синдромы. 225. Функции врача общей практики по выявлению ранних проявлений злокачественных новообразований, диагностические возможности.

Банк тестовых заданий (с ответами):

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность»	<p>1. Врачу общей практики (семейному врачу) Приказом Минздрава РФ №237 от 26.07.92 г. рекомендована максимальная численность обслуживаемого контингента (с учетом детского населения):</p> <p>а. 2500 человек б. 2000 человек в. 1700 человек г. 1200 человек д. 800 человек</p> <p>2. Главным правовым актом, регулирующим взаимоотношения субъектов в области охраны здоровья граждан и деятельность здравоохранения в Российской Федерации, является:</p> <p>а. Гражданский кодекс РФ б. Кодекс законов о труде в. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» г. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» д. Закон РСФСР от 29.07.71 г. «О здравоохранении»</p> <p>3. Оптимальными методами выявления лиц группы риска по возникновению заболеваний являются:</p> <p>а. скрининг б. профилактический осмотр в. учет обращаемости</p> <p>4. К показателям, характеризующим механическое движение населения, относятся:</p> <p>а. эмиграция б. иммиграция в. рождаемость г. смертность</p> <p>5. Общими показателями естественного движения населения являются:</p> <p>а. рождаемость б. смертность в. естественный прирост</p>
---	--

	<p>г. средняя продолжительность жизни</p> <p>6. К экзогенным неуправляемым факторам риска относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. климатические условия (влажность воздуха, атмосферное давление) б. загрязнение воздуха в. загрязнение воды г. интенсивность солнечной радиации <p>7. К экзогенным управляемым факторам риска относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. экологические факторы б. образ жизни в. особенности питания г. суточные колебания температуры <p>8. К показателям, характеризующим здоровье населения, относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. физическое развитие б. заболеваемость в. демографические показатели г. рождаемость <p>9. Наиболее значимым фактором, влияющим на здоровье, является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. образ жизни б. состояние окружающей среды в. организация медицинской помощи <p>10. Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство можно получить с возраста:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 14 лет б. 15 лет в. 16 лет г. 17 лет д. 18 лет
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Методы диагностики в работе врача общей практики»</p>	<p>11. У пациента 70 лет с жалобами на непродуктивный кашель по утрам, одышку при нагрузке, чувство нехватки воздуха, быструю утомляемость при исследовании функции внешнего дыхания (после ингаляции бронходилататоров) ФЖЕЛ 92%, ОФВ1 45%, ОФВ1/ ФЖЕЛ 56%. Предварительный диагноз:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. бронхиальная астма б. ХОБЛ легкой степени в. ХОБЛ тяжелой степени г. нет правильного ответа <p>12. К показателям, изменяющимся в пожилом и старческом возрасте, относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. уровень глюкозы в крови б. сократительная способность миокарда в. толщина стенки матки г. синтез гормонов гипофиза

д. кислотно-основное равновесие

13. Нижняя граница физиологической концентрации гемоглобина в периферической крови при беременности составляет:

- а. 120 г/л
- б. 118 г/л
- в. 114 г/л
- г. **110 г/л**
- д. 105 г/л

14. Пациент 45 лет поступил в палату интенсивной терапии с острым передним инфарктом миокарда. АД 150/100 мм рт. ст., ЧСС 100 в 1 мин, ЧД 20 в 1 мин. Спустя 2 дня пожаловался на короткий приступ одышки. АД 100/70 мм рт. ст., ЧСС 120 в 1 мин., ЧД 32 в 1 мин. В нижних отделах легких появились влажные мелкопузырчатые хрипы. Над нижней частью грудины стал выслушиваться голосистолический шум в сочетании с ритмом галопа. Наиболее достоверным способом обследования для подтверждения диагноза является:

- а. ЭКГ
- б. рентгенография легких
- в. измерение давления заклинивания в легочной артерии
- г. **ЭхоКГ**
- д. измерение газов артериальной крови

15. Абсолютными противопоказаниями к проведению теста с физической нагрузкой являются:

- а. острая стадия инфаркта миокарда
- б. нестабильная стенокардия
- в. ОНМК
- г. ТЭЛА
- д. **все перечисленные состояния**

16. Мужчина 52 лет госпитализирован по экстренным показаниям с жалобами на рвоту, повторный жидкий стул в течение суток. Ранее подобных явлений не было. АД 100/70 мм рт. ст., ЧСС 96 в 1 мин. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружены следы кала черного цвета. Оптимальным методом исследования является:

- а. **ректороманоскопия**
- б. ирригоскопия
- в. ЭГДС
- г. рентгеноскопия желудка
- д. лапароскопия

17. Наиболее информативным методом для установления причины и локализации кровотечения их верхнего отдела желудочно-кишечного тракта является:

- а. рентгенография
- б. портоскопия
- в. лапароскопия

	<p>г. ЭГДС д. целиакография</p> <p>18. У больной 60 лет после перенесенной вирусной респираторной инфекции развился нефротический синдром. При подробном (эндоскопическом, УЗИ, рентгенологическом) обследовании онкологического заболевания не выявлено. На протяжении длительного времени страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает манинил. Генез нефротического синдрома выявит:</p> <p>а. биопсия слизистой оболочки десны б. бак. посев мочи в. радиоизотопная ренография г. стерильная пункция д. биопсия почки</p> <p>19. Проба по Нечипоренко – это:</p> <p>а. определение количества форменных элементов в 10 полях зрения б. определение количества форменных элементов в 1 мл мочи в. определение количества форменных элементов в суточной моче г. количество форменных элементов в моче за 1 мин д. количество форменных элементов в утренней порции мочи</p> <p>20. Радиоизотопная ренография позволяет определить:</p> <p>а. функциональную способность почек б. клиренс креатинина в. ренортикальный индекс г. морфологическую картину мозгового вещества д. морфологическую картину коркового вещества</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Медицинская психология в общей врачебной практике»</p>	<p>21. Предметом медицинской психологии является:</p> <p>а. изучение психологических факторов лечебного процесса б. изучение психологии больного в. изучение основ деятельности медработника г. разработка методов психологической помощи пациентам</p> <p>22. Тип реагирования на заболевание – это:</p> <p>а. совокупность эмоциональных и поведенческих реакций на болезнь б. поведение человека, вызванное болезнью в. реакция напряжения, вызванная действием раздражителя, угрожающего здоровью г. внутренняя картина болезни</p> <p>23. Принципы психологической помощи в паллиативной практике направлены на:</p> <p>а. поддержание надлежащего качества жизни б. предупреждение чувства одиночества</p>

- в. устранение страхов
- г. **все утверждения верны**

24. Коммуникативная компетентность врача повышается с развитием:

- а. **ригидности**
- б. агрессивности
- в. способности к эмпатии
- г. тревожности
- д. впечатлительности

25. Синдром эмоционального выгорания является следствием:

- а. **неуверенности в себе и повышенной ответственности**
- б. избыточной впечатлительности
- в. профессиональной некомпетентности
- г. критики со стороны старших
- д. ограниченной ответственности

26. На протяжении фазы ориентации врач:

- а. **наблюдает невербальное поведение больного**
- б. решает, какие лабораторные обследования следует назначить больному
- в. формулирует ряд гипотез (определяет зону поиска)
- г. ставит диагноз
- д. сообщает диагноз

27. Способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, в частности, в условиях лечебного взаимодействия, называется:

- а. коммуникативной возможностью
- б. коммуникативной толерантностью
- в. коммуникативной компетентностью
- г. **интерактивной толерантностью**
- д. интерактивной компетентностью

28. Сочетание таких качеств, как эмоциональная дистанцированность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы, ориентация на технократический подход к лечению входит в структуру одного из следующих психологических типов врача:

- а. эмоционально-нейтрального
- б. **сопереживающего**
- в. апатичного
- г. директивного

29. К «тяжелым» относятся пациенты, которые имеют:

- а. депрессивные черты с суицидальной склонностью
- б. астено-невротичные черты
- в. **эпилептоидные черты**
- г. гипертимные черты
- д. демонстративные черты

	<p>30. Поведение при аггравации характеризуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. преувеличением симптомов болезни б. уменьшением симптомов болезни в. не осознанием симптомов болезни г. сознательным изображением симптомов несуществующего заболевания д. скрыванием симптомов болезни
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4. «Медицинская профилактика в профессиональной деятельности врача общей практики»</p>	<p>31. Процесс формирования здорового образа жизни включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. повышение материального благосостояния б. воспитание навыков здорового образа жизни в. информирование населения о факторах риска <p>32. Воздействие через СМИ на факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск хронических неинфекционных заболеваний среди всего населения - это:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. стратегия высокого риска б. стратегия вторичной профилактики в. популяционная стратегия <p>33. Основными направлениями формирования здорового образа жизни являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. устранение факторов риска б. повышение эффективности деятельности служб здравоохранения в. создание позитивных для здоровья факторов <p>34. Выявление лиц с повышенным уровнем факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и проведение мероприятий по их коррекции - это:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. стратегия вторичной профилактики б. популяционная стратегия в. стратегия высокого риска <p>35. Медицинская профилактика включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. выявление заболеваний б. проведение прививок в. проведение медицинских осмотров <p>36. Заключается в ранней диагностике и предупреждении прогрессирования заболеваний как за счет факторной профилактики и коррекции поведенческих факторов риска, так и за счет своевременного проведения современного лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. стратегия вторичной профилактики б. стратегия высокого риска в. популяционная стратегия <p>37. Медицинская профилактика включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. выявление заболеваний б. проведение прививок в. улучшение условий труда и отдыха

	<p>38. Первичная профилактика включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. выявление заболеваний б. мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний в. улучшение условий труда и отдыха <p>39. Вторичная профилактика включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний б. мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний в. проведение прививок <p>40. Одно из основных направлений профилактики :</p> <ul style="list-style-type: none"> а. личностная б. частная в. индивидуальная
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5. «Внутренние болезни в общей врачебной практике»</p>	<p>41. Внутренними факторами риска развития ХОБЛ являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. гиперреактивность дыхательных путей б. нарушение роста легочной ткани в. курение г. правильного ответа нет <p>42. Внешними факторами риска развития ХОБЛ являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. курение б. промышленная пыль в. нарушение роста легочной ткани г. правильного ответа нет <p>43. При бронхиальной астме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. одышка чаще инспираторная, кашель нередко сопутствует одышке, мокрота розовая, пенистая б. одышка чаще экспираторная, кашель появляется в конце приступа, мокрота стекловидная, во время приступа выслушиваются рассеянные сухие хрипы в. одышка чаще инспираторная, кашель появляется в конце приступа, мокрота стекловидная, во время приступа выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы г. одышка чаще экспираторная, кашель нередко сопутствует одышке, мокрота розовая, пенистая д. нет правильного ответа <p>44. Через какой промежуток времени проводится первоначальная оценка эффективности антибактериальной терапии при лечении внебольничной пневмонии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 48-72 часа б. 24 часа в. 72-96 часов г. 10-12 часов д. нет правильного ответа

45. К ингаляционным глюкокортикостероидам относятся:
- а. беклометазона дипропионат, будесонид, формотерол
 - б. флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид**
 - в. флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид, тиотропиум, сальметерол
 - г. флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид, тиотропиум
46. Наиболее значимым фактором риска ИБС является:
- а. употребление алкоголя
 - б. артериальная гипертензия**
 - в. курение
 - г. гиподинамия
 - д. умеренное ожирение
47. Врачебная тактика при впервые возникшей стенокардии:
- а. лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с активным посещением на дому
 - б. лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с посещением больным поликлиники каждые 2-4 дня
 - в. плановая госпитализация (с предварительным лечением в амбулаторных условиях)
 - г. экстренная госпитализация**
 - д. лечение в условиях дневного стационара поликлиники
48. Среди этиологических факторов миокардитов в настоящее время наибольшее значение имеет:
- а. стафилококковая инфекция
 - б. стрептококковая инфекция
 - в. вирусная инфекция**
 - г. паразитарная инфекция
 - д. протозойная инфекция
49. Какой препарат можно назначить при наличии брадикардии у больных артериальной гипертензией:
- а. обзидан
 - б. верапамил
 - в. норваск**
 - г. метопролол
 - д. все препараты противопоказаны
50. Наиболее эффективный препарат для купирования желудочковой пароксизмальной тахикардии:
- а. новокаинамид
 - б. сердечные гликозиды
 - в. верапамил
 - г. β -адреноблокаторы
 - д. лидокаин**

51. Наиболее эффективный препарат для купирования суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии:

- а. новокаинамид
- б. верапамил
- в. аденозинтрифосфат**
- г. β -адреноблокаторы
- д. лидокаин

52. Понос при хроническом энтерите отличается:

- а. меленой
- б. резкими позывами на дефекацию сразу после еды
- в. скудным количеством кала со слизью
- г. кашицеобразным обильным стулом**
- д. тенезмами

53. Ранним признаком первичного билиарного цирроза печени является:

- а. кожный зуд**
- б. асцит
- в. варикозно расширенные вены
- г. желтуха
- д. спленомегалия

54. Наиболее информативным методом в диагностике калькулезного холецистита является:

- а. холецистография
- б. УЗИ желчного пузыря**
- в. варикозно расширенные вены
- г. дуоденальное зондирование
- д. общий анализ крови
- е. биохимический анализ крови: повышение билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы

55. Патогномоничным признаком болезни Крона являются:

- а. колоректальные свищи, обнаруженные при колоноскопии
- б. картина «булыжной мостовой» при фиброколоноскопии**
- в. чаши Клойбера при рентгеновском исследовании
- г. наличие нескольких объемных образований при УЗИ брюшной полости
- д. синдром мальдигестии и мальабсорбции

56. Для функциональных расстройств наиболее характерным является:

- а. ночная диарея
- б. острая боль в животе
- в. изменение диаметра стула

г. **чередование периодов запоров и диарей**

д. верно а, в

57. Способствует развитию пиелонефрита:

а. нефроптоз

б. беременность

в. мочекаменная болезнь

г. сахарный диабет

д. **все перечисленное**

58. Наиболее достоверное диагностическое значение для верификации диагноза пиелонефрита имеют:

а. боли в поясничной области

б. лейкоцитурия

в. учащенное, болезненное мочеиспускание

г. эритроцитурия

д. **бактериурия**

59. При ревматоидном артрите ранее всего поражаются суставы:

а. локтевые

б. позвоночные

в. крестцовоподвздошные

г. **проксимальные межфаланговые суставы кистей**

д. коленные

60. Для подавления активности реактивного синовита при остеоартрозе используются:

а. урикозурические препараты

б. хондропротекторы

в. **НПВП**

г. цитостатики

д. нет правильного ответа

61. Реактивные артриты могут развиваться после:

а. сальмонеллеза

б. ОРВИ

в. урогенитальных инфекций

г. краснухи

д. **верно все**

62. Наиболее эффективно начало профилактики развития остеопороза:

а. в любом возрасте

б. после 35 лет

в. после наступления менопаузы

г. через 5 лет после наступления менопаузы

д. **после 45 лет, приблизительно за 3-5 лет до наступления менопаузы**

63. Гипогликемия у больного сахарным диабетом может быть вызвана:

- а. введением неадекватно большой дозы инсулина
- б. приемом алкоголя
- в. приемом препаратов сульфонилмочевины
- г. приемом бигуанидов
- д. **верно а,б, в**

64. Сцинтиграфия служит основным методом выявления:

- а. подострого тиреоидита
- б. зоба Хашимото
- в. диффузного токсического зоба
- г. **токсической аденомы щитовидной железы**
- д. рака щитовидной железы

65. Наиболее информативным методом выявления рака щитовидной железы является:

- а. сцинтиграфия щитовидной железы
- б. пальпаторное исследование
- в. УЗИ щитовидной железы
- г. компьютерная томография щитовидной железы
- д. **тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы**

66. Синдром тиреотоксикоза может встречаться при:

- а. диффузном токсическом зобе
- б. зобе Хашимото
- в. подостром тиреоидите
- г. **верно все**

67. Анемия при остром лейкозе обусловлена:

- а. кровопотерей
- б. **инфильтрацией костного мозга**
- в. дефицитом железа
- г. дефицитом витамина В12
- д. дефицитом фолиевой кислоты

68. Гематологический синдром при железodefицитной анемии включает:

- а. уменьшение среднего объема эритроцитов
- б. микросфероцитоз
- в. снижение цветового показателя
- г. верно б, в
- д. **верно все**

69. Причинами развития В12-дефицитной анемии являются:

- а. строгое вегетарианство
- б. аутоиммунные нарушения, характеризующиеся атрофией париетальных клеток

	<p>в. чрезмерный бактериальный рост в кишечнике г. хроническая кровопотеря д. верно а, б, в</p> <p>70. Противопоказанием к назначению препаратов железа является: а. гемосидероз б. гемолитическая анемия в. инфаркт миокарда в анамнезе г. верно а, б д. верно все</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6. «Болезни пожилых в общей врачебной практике»</p>	<p>71. Гериатрия - это: а. наука о старении организма б. наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте в. наука, изучающая болезни пожилого возраста г. наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте д. наука, изучающая старческий возрастной период</p> <p>72. Пожилым считается возраст: а. 45-59 лет б. 60-74 года в. 75-80 лет г. 81-89 лет д. 90 и более лет</p> <p>73. Старческим считается возраст: а. 45-59 лет б. 60-74 года в. 75-89 лет г. 90-95 лет д. 96 и более лет</p> <p>74. Возраст долгожителей: а. 45-59 лет б. 60-74 года в. 75-89 лет г. 90 и более лет д. 100 и более лет</p> <p>75. На продолжительность жизни влияют: а. стиль жизни б. качество жизни в. образ жизни г. чувство юмора д. профессия</p> <p>76. Старение характеризуется: а. разрушительностью б. эндогенностью</p>

	<ul style="list-style-type: none"> в. постепенностью г. адаптивностью д. созидательностью <p>77. Для течения пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. острое начало б. высокая лихорадка в. затяжное течение заболевания г. резкое увеличение СОЭ д. высокий лейкоцитоз <p>78. Особенности течения ИБС в пожилом и старческом возрасте являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. частое наличие безболевого ишемии миокарда б. частая встречаемость атипичных вариантов в. сопутствующая сердечная недостаточность г. все вышеперечисленные состояния д. нет правильного ответа <p>79. Выраженная гипербилирубинемия в пожилом возрасте встречается:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. при ревматоидном артрите б. при билиарном циррозе печени в. при хроническом персистирующем гепатите г. при пневмонии д. все ответы правильные <p>80. Геропротекция включает в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. достаточную физическую активность б. снижение пищевого энергопоступления в. сохранение постоянной массы тела г. все вышеперечисленное д. ничего из вышеперечисленного
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7. «Хирургические болезни и основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике»</p>	<p>81. Наиболее частая причина спонтанного пневмоторакса:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. абсцесс легкого б. рак легкого в. бронхоэктазы г. буллезные кисты легкого д. ателектаз легкого <p>82. Самая частая причина слоновости:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. травма б. рожистое воспаление в. пиодермия г. варикозное расширение вен д. злокачественные новообразования <p>83. В лечении серозно-инфильтративной фазы кожного и подкожного панариция наиболее эффективен один из нижеперечисленных методов:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. согревающий компресс

- б. содовые ванночки
- в. ванночки с гипертоническим раствором
- г. орошение хлорэтилом**
- д. УВЧ -терапия

84. Наиболее достоверным признаком осложнения язвенной болезни перфорацией является:

- а. «доскообразный живот»
- б. желудочное кровотечение
- в. рвота
- г. отсутствие печеночной тупости**
- д. симптом Щеткина-Блюмберга в верхних отделах живота

85. Госпитализация показана при локализации фурункула:

- а. в области носогубного треугольника и верхней половины лица**
- б. в области верхних конечностей
- в. в области нижних конечностей
- г. в области живота
- д. в области спины

86. При подозрении на острый холецистит наиболее информативным исследованием является:

- а. пероральная холецистография
- б. внутривенная холецистохолангиография
- в. ультразвуковое исследование желчных путей и желчного пузыря**
- г. изотопное сканирование печени
- д. обзорная рентгенограмма брюшной полости

87. Появлению вросшего ногтя способствует:

- а. ношение тесной обуви**
- б. неправильная стрижка ногтей**
- в. ношение обуви на низком каблуке
- г. наследственная предрасположенность
- д. неправильное питание

88. Характерным осложнением тромбоза глубоких вен нижних конечностей является:

- а. тромбоэмболия легочной артерии**
- б. пилефлебит
- в. тромбоз брыжеечных вен
- г. кровотечение из подкожных варикозных вен
- д. инфаркт селезенки

89. Наиболее характерными клиническими признаками перелома лучевой кости в типичном месте являются:

- а. сохранность движений в лучезапястном суставе
- б. деформация в области дистального метафиза лучевой кости**
- в. боль в области перелома при осевой нагрузке**

	<p>г. патологическая подвижность вблизи лучезапястного сустава</p> <p>д. нарушение функции лучезапястного сустава</p> <p>90. Характерными признаками полного вывиха акромиального конца ключицы являются:</p> <p>а. боль в области ключично-акромиального сочленения</p> <p>б. ступенеобразное выступание наружного конца ключицы</p> <p>в. положительный «симптом клавиши»</p> <p>г. смещаемость наружного конца ключицы в передне-заднем направлении</p> <p>д. укорочение размеров надплечья</p> <p>е. крепитация костных фрагментов</p> <p>ж. все перечисленное</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8. «Акушерство и гинекология в общей врачебной практике»</p>	<p>91. Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и внематочной беременности абсолютное значение имеет:</p> <p>а. измерение температуры тела (гипертермия)</p> <p>б. пальпация, перкуссия живота</p> <p>в. ректальное и вагинальное исследование</p> <p>г. обзорная рентгенограмма брюшной полости</p> <p>д. пункция заднего свода влагалища</p> <p>92. Началом родов следует считать:</p> <p>а. отхождение слизистой пробки</p> <p>б. отхождение околоплодных вод</p> <p>в. развитие регулярных схваток</p> <p>г. опускание предлежащей части</p> <p>д. стойкое повышение тонуса матки</p> <p>93. Нижняя граница физиологической концентрации гемоглобина в периферической крови при беременности:</p> <p>а. 120 г/л</p> <p>б. 118 г/л</p> <p>в. 114 г/л</p> <p>г. 110 г/л</p> <p>д. 105 г/л</p> <p>94. Противопоказанием для назначения эстроген-гестагенных контрацептивов является:</p> <p>а. эрозия шейки матки</p> <p>б. предменструальный синдром</p> <p>в. гиперполименорея</p> <p>г. гипертоническая болезнь II стадии</p> <p>д. миома матки</p> <p>95. Противопоказанием для введения ВМК является:</p> <p>а. псевдоэрозия</p> <p>б. воспалительные заболевания половых органов</p> <p>в. гонорея в анамнезе</p> <p>г. варикозная болезнь</p>

	<p>д. ожирение III степени</p> <p>96. Наиболее типичным признаком эндометриоза шейки матки является:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. боли в середине цикла б. боли накануне месячных в. мажущие кровянистые выделения г. кровотечения д. задержка месячных <p>97. Менопауза - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. отсутствие менструаций в течение 6 месяцев б. первый год от последней менструации в. 5 лет от последней менструации г. период от последней менструации до старости д. отсутствие менструаций после менархе <p>98. Развитие постменопаузального остеопороза связано с:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. повышением биосинтеза кальцитонина б. повышением биосинтеза ФСГ в. снижением биосинтеза кальцитонина г. снижением биосинтеза паратгормона д. снижением биосинтеза ФСГ <p>99. Тактика при рецидивирующем полипозе эндометрия в перименопаузе:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. выскабливание полости матки б. лечение эстрогенами в. лечение андрогенами г. удаление матки д. лечение эстроген-гестагенными препаратами <p>100. Основная форма воспалительных заболеваний половых органов у девочек:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. вульвовагинит б. цервиковагинит в. эндоцервицит г. сальпингооофорит д. врожденный эктропион шейки матки
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9. «Педиатрия в общей врачебной практике»</p>	<p>101. Нормальная оценка по шкале Апгар:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. 6 баллов и более б. 7 баллов и более в. 8 баллов и более г. 9 баллов и более д. 10 баллов и более <p>102. К недоношенным относятся новорожденные:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. <37 недель б. <38 недель

- в. <36 недель
- г. <39 недель
- д. <40 недель

103. Патогномоничным признаком для истинного стеноза гортани является:

- а. афония**
- б. одышка
- в. гнусавость голоса
- г. высокая лихорадка
- д. лающий кашель

104. Основная причина физиологической желтухи новорожденных:

- а. гемолиз
- б. недостаточная глюкуронизация**
- в. сгущение крови
- г. холестаз
- д. гипогликемия

105. Частота кормления грудью на 1-м месяце жизни:

- а. 5 раз
- б. 6 раз
- в. 7 раз
- г. 8 раз
- д. по требованию ребенка**

106. Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание, можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через:

- а. 2 недели
- б. 1 месяц**
- в. 2 месяца
- г. 3 месяца
- д. нет правильного ответа

107. Целиакия:

- а. развивается в большинстве случаев в первые 3 месяца жизни
- б. приводит к смерти за счет прогрессирующей бронхоэктазии
- в. спонтанно излечивается после 2 года жизни
- г. сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника**
- д. не сопровождается развитием вторичной лактазной недостаточности

108. При фенилкетонурии доминирует:

- а. поражение кишечника и нарастающая гипотрофия
- б. депрессия гемопоза
- в. неврологическая симптоматика**
- г. экзема и альбинизм

	<p>д. нефропатия</p> <p>109. При рахите максимально страдают отделы кости:</p> <p>а. эпифизы б. диафизы в. метафизы г. периост д. суставная сумка</p> <p>110. Снижение кальция при рахите связано с:</p> <p>а. недостатком тиреокальцитонина б. вторичным гипопаратиреодизмом в. снижением глюкозы г. повышением уровня окситоцина д. повышением уровня альдостерона</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10. «Неврология и психиатрия в общей врачебной практике»</p>	<p>111. Для невралгии тройничного нерва характерны болевые приступы, которые продолжаются в течение:</p> <p>а. секунд б. минут в. часов г. дней д. недель</p> <p>112. Головная боль при кровоизлиянии в мозг:</p> <p>а. не характерна б. внезапная острая в. умеренная г. разлитая д. нет правильного ответа</p> <p>113. Повышение глубоких рефлексов часто является показателем повреждения:</p> <p>а. спинного мозга б. мышцы в. мозжечка г. периферических нервов д. рецепторов сухожилий</p> <p>114. Наиболее достоверный способ распознавания внутричерепных аневризм:</p> <p>а. ангиография б. магнитно-резонансная томография в. компьютерно-томографическое сканирование г. компьютерная томография методом одиночной фотонной эмиссии д. позитронно-эмиссионная томография</p> <p>115. Сознание при ишемическом инсульте чаще:</p> <p>а. кома б. сопор в. не нарушено г. все ответы правильные</p>

	<p>д. нет правильного ответа</p> <p>116. Менингеальные симптомы при кровоизлиянии в головной мозг встречаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. практически всегда б. редко в. не встречаются г. все ответы правильные д. нет правильного ответа <p>117. Истинные галлюцинации более характерны для:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. алкогольных, травматических, органических психозов б. шизофрении в. больных энцефалитом г. все ответы правильные д. нет правильного ответа <p>118. Крайняя степень тревоги наблюдается при:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. ажитированной депрессии б. патологическом аффекте в. маниакальном синдроме г. все ответы правильные д. нет правильного ответа <p>119. Непреодолимое влечение к бродяжничеству:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. пиромания б. дипсомания в. дромомания г. токсикомания д. нет правильного ответа <p>120. К генерализованным эпилептическим припадкам относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. абсансы б. вегетативно-висцеральные припадки в. простые парциальные припадки г. все ответы правильные д. нет правильного ответа
<p>Б 1.Б.6.11 Раздел 11. «Профессиональные болезни в общей врачебной практике»</p>	<p>121. Санитарно-гигиеническую характеристику составляет:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. администрация предприятия б. начальник цеха в. инспектор по технике безопасности г. главный врач ЛПУ д. врач Роспотребнадзора <p>122. Случаи хронических профессиональных заболеваний расследует:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. администрация предприятия б. врач Роспотребнадзора в. инспектор по технике безопасности г. главный врач ЛПУ

д. нет правильного ответа

123. Для работающих на угледобывающих шахтах наиболее характерны следующие вредные производственные факторы:

- а. ионизирующее и неионизирующее излучение
- б. запыленность воздуха, шум, вибрация**
- в. производственные аллергены
- г. патогенные микроорганизмы
- д. вещества раздражающего и удушающего действия

124. Для лечения пневмокониозов используют:

- а. бронхолитики
- б. антибиотики
- в. биостимуляторы
- г. противотуберкулезные средства
- д. щелочные ингаляции**

125. При диагностике вибрационной болезни применяется:

- а. капилляроскопия
- б. паллестезиометрия
- в. реовазография**
- г. термометрия
- д. динамометрия

126. Анемия при хронической интоксикации бензолом является:

- а. железодефицитной
- б. В12- дефицитной
- в. гемолитической
- г. апластической**
- д. связанной с нарушением синтеза РНК и ДНК

127. При острой интоксикации бензолом развиваются поражения:

- а. кроветворения
- б. пищеварительной системы
- в. нервной системы**
- г. дыхательной системы
- д. сердечно-сосудистой системы

128. Патогенез анемии при свинцовой интоксикации:

- а. дефицит железа
- б. угнетение функции кроветворения
- в. кровопотери
- г. нарушение синтеза порфиринов**
- д. дефицит витамина В12

129. Инсектицидами называют вещества, уничтожающие:

- а. грызунов**
- б. сорную растительность
- в. грибковых возбудителей
- г. клещей
- д. вредных насекомых

	<p>130. При хронической интоксикации фосфором преимущественно поражаются кости:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. позвоночника б. верхних конечностей в. нижних конечностей г. челюстей д. таза
<p>Б 1.Б.6.12 Раздел 12. «Болезни уха, горла и носа в общей врачебной практике»</p>	<p>131. Перед промыванием серной пробки в наружный слуховой проход необходимо закапать:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. раствор калия перманганата б. 3% спиртовой раствор борной кислоты в. 0,9% раствор хлорида натрия г. масло д. щелочной раствор <p>132. При поражении наружного уха наиболее характерным является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. резкое снижение слуха б. пульсирующая боль в ухе в. гнойные выделения из слухового прохода г. болезненность при надавливании на козелок д. ноющая боль в ухе <p>133. Местные признаки хронического тонзиллита:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. гиперемия и валикообразное утолщение свободного края небных дужек б. рубцовые спайки между дужками и небными миндалинами в. регионарный лимфаденит г. наличие казеозно-гнойных пробок и жидкого гноя в лакунах небных миндалин д. рыхлые или рубцово-измененные миндалины <p>134. При лечении острого ринита рекомендуется применять:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. сосудосуживающие капли в носовые ходы б. антибиотикотерапию в. физиотерапевтическое лечение г. мазь «Сунареф» в носовые ходы д. правильно а, в, г <p>135. Больной с тяжелой формой лакунарной ангины в случае необходимости должен быть госпитализирован:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. в терапевтическое отделение б. в хирургическое отделение в. в оториноларингологическое отделение г. в инфекционное отделение <p>136. Круглые инородные тела из полости носа следует удалять:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. крючком б. пинцетом в. корнцангом

	<p>137. К симптомам поллиноза относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. обильные водянистые выделения из носовых ходов б. частое многократное чихание в. сопутствующие аллергические конъюнктивиты г. гнойные выделения из носовых ходов д. повышение температуры до 38-40° е. правильно а, б, в <p>138. При наличии симптома флюктуации вскрывать перитонзиллярный абсцесс:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. не обязательно б. обязательно сразу при обращении больного в. через 5-7 дней после появления флюктуации <p>139. Температура жидкости при вымывании серной пробки должна быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. предельно горячей б. предельно холодной в. равной температуре тела <p>140. Признаки декомпенсированной формы хронического тонзиллита:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. частые ангины (чаще 2-х раз в год) б. перитонзиллярные абсцессы в анамнезе в. аутоиммунные заболевания (ревматизм, гломерулонефрит) г. тонзиллокардиальный синдром д. хроническая тонзиллогенная интоксикация е. все перечисленное
<p>Б 1.Б.6.13 Раздел 13. «Болезни глаз в общей врачебной практике»</p>	<p>141. К абсолютным признакам проникающего ранения глаза относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. наличие внутриглазного инородного тела б. зияющая рана фиброзной капсулы в. гипотония г. кровь в передней камере д. мелкая или глубокая передняя камера е. верно а, б ж. верно в, г <p>142. Наиболее типичным признаком мейбомиевого блефарита является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. гиперемия и инфильтрация век б. чешуйки у корня ресниц в. язвочки и корочки у корня ресниц г. пенистое отделяемое по углам и у края век д. склеивание век по утрам <p>143. К характерны признакам бактериального конъюнктивита относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. слизисто-гнойное отделяемое

- б. серозное отделяемое
- в. наличие фолликулов и отека переходной складки
- г. **верно а, в**

144. Среди жалоб при паралитическом косоглазии преобладает:

- а. ухудшение зрения косящего глаза вдаль
- б. боли при движении глазных яблок
- в. **двоение (диплопия)**
- г. сужение поля зрения

145. К наиболее характерным жалобам у больных закрытоугольной глаукомой относятся:

- а. светобоязнь
- б. боли при движении глазных яблок
- в. преходящее затуманивание зрения
- г. радужные круги вокруг источника света
- д. фотопсия
- е. **верно в, г**
- ж. верно в, г, д
- з. все перечисленное

146. Наружный ячмень - это:

- а. воспалительный инфильтрат в толще века
- б. **острое гнойное воспаление волосяного мешочка корня ресницы**
- в. хроническое воспаление сальной железы
- г. острое воспаление мейбомиевой железы
- д. нет правильного ответа

147. Жалобы при остром приступе глаукомы:

- а. светобоязнь, ломящая боль при взгляде на источник света, чувство распирания в глазу, туман перед взором
- б. слезотечение, чувство жжения и «замусоренности» за веками, «слипаие» век по утрам, легкая пелена перед взором
- в. светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, чувство инородного тела за верхним веком, снижение остроты зрения
- г. **ноющие, пульсирующие боли в глазу, «пелена» перед глазом, радужные круги при взгляде на источник света**
- д. нет правильного ответа

148. При возрастной зрелой катаракте:

- а. **зрачок серого цвета, рефлекса с глазного дна нет, ВГД в норме**
- б. перикорнеальная инъекция, на задней поверхности роговицы преципитаты, зрачок узкий, ВГД в норме
- в. глаз спокойный, зрачок черный, на глазном дне атрофия и экскавация зрительного нерва, ВГД повышено
- г. застойная инъекция глазного яблока, передняя камера мелкая, зрачок широкий, ВГД высокое

	<p>д. зрачок серого цвета, при исследовании в проходящем свете видны темные полосы в виде «спиц в колесе», ВГД в норме</p> <p>149. При открытоугольной глаукоме:</p> <p>а. зрачок серого цвета, рефлекса с глазного дна нет, ВГД в норме</p> <p>б. перикорнеальная инъеция, на задней поверхности роговицы преципитаты, зрачок узкий, ВГД в норме</p> <p>в. глаз спокойный, зрачок черный, на глазном дне атрофия и экскавация зрительного нерва, ВГД повышено</p> <p>г. застойная инъеция глазного яблока, передняя камера мелкая, зрачок широкий , ВГД высокое</p> <p>д. зрачок серого цвета, при исследовании в проходящем свете видны темные полосы в виде «спиц в колесе», ВГД в норме</p> <p>150. При возрастной начинающейся катаракте:</p> <p>а. зрачок серого цвета, рефлекса с глазного дна нет, ВГД в норме</p> <p>б. перикорнеальная инъеция, на задней поверхности роговицы преципитаты, зрачок узкий, ВГД в норме</p> <p>в. глаз спокойный, зрачок черный, на глазном дне атрофия и экскавация зрительного нерва, ВГД повышено</p> <p>г. застойная инъеция глазного яблока, передняя камера мелкая, зрачок широкий , ВГД высокое</p> <p>д. зрачок серого цвета, при исследовании в проходящем свете видны темные полосы в виде «спиц в колесе», ВГД в норме</p>
<p>Б 1.Б.6.14 Раздел 14. «Болезни кожи и ИПП в общей врачебной практике»</p>	<p>151. Для лечения бородавок применяются:</p> <p>а. кератолитические препараты наружно</p> <p>б. втирание в кожу противовирусных мазей</p> <p>в. электротермокоагуляция</p> <p>г. криодеструкция</p> <p>д. все перечисленное</p> <p>152. К развитию диссеминированных бородавок предрасполагает:</p> <p>а. злокачественная лимфома</p> <p>б. прием глюкокортикостероидов</p> <p>в. хирургические операции</p> <p>г. ВИЧ-инфекция</p> <p>д. сахарный диабет</p> <p>е. верно а, б, г</p> <p>153. Классические черты опоясывающего лишая:</p> <p>а. асимптомные высыпания</p> <p>б. лихорадка</p> <p>в. болезненность в местах высыпаний</p> <p>г. сгруппированные сливающиеся везикулы</p> <p>д. сегментарное расположение высыпаний</p> <p>е. верно б, в, г, д</p>

154. Клинические признаки базалиомы:

- а. плотные белесоватые узелки
- б. изъязвление под периодически отпадающей корочкой
- в. валикообразный край бляшки, образованной слиянием узелков
- г. бородавчатые разрастания на поверхности
- д. метастазирование в кости
- е. верно а, б, в**
- ж. верно в, г, д

155. Для меланомы характерно:

- а. ускоренный рост пигментного пятна
- б. зуд
- в. изменение цвета (потемнение или уменьшение пигментации)
- г. явления реактивного воспаления (венчик эритемы)
- д. появление дочерних узелков
- е. все перечисленное**

156. Специфические серологические реакции для диагностики сифилиса:

- а. микрореакция
- б. реакция Вассермана
- в. реакция пассивной гемагглютинации
- г. реакция иммобилизации бледных трепонем
- д. реакция иммунофлюоресценции
- е. верно а, б**
- ж. верно а, в, г

157. Основные клинические признаки интертригинозной формы микоза стоп:

- а. мацерация
- б. отслойка рога
- в. трещины
- г. отечность
- д. гиперемия
- е. верно а, б, в, д**

158. Для предупреждения рецидивов и тяжелого осложненного течения атопического нейродермита применяются следующие мероприятия:

- а. профессиональная ориентация
- б. элиминационная диета
- в. санация очагов инфекции
- г. длительные профилактические курсы антигистаминных препаратов
- д. курсы ультрафиолетового облучения
- е. верно а, б, в, д**

159. Характерные клинические признаки гонореи у мужчин:

- а. одиночная безболезненная язва

	<ul style="list-style-type: none"> б. ощущение жжения при мочеиспускании в. гнойные выделения из уретры г. учащение мочеиспускания д. паховая лимфаденопатия е. верно а, б, г, д <p>160. Подтвердить диагноз первичного сифилиса можно при помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. обнаружения возбудителя при микроскопии в темном поле б. положительной реакции иммунофлуоресценции в. биопсии язвы г. обнаружения гиперпротеинемии д. получения чистой культуры возбудителя
<p>Б 1.Б.6.15 Раздел 15. «Болезни зубов, слизистой полости рта и языка в общей врачебной практике»</p>	<p>161. Для профилактики кариеса зубов применяются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. препараты фтора б. препараты, содержащие кальций и фосфор в. препараты йода г. витамины группы В, С и Д д. верно а, б, г <p>162. В озлокачествлении предраковых состояний слизистой оболочки полости рта придается значение:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. курению б. инсоляции в. злоупотреблению горячей, острой пищей г. хронической травме острым краем зуба д. все перечисленное <p>163. Влияние парадонтита на состояние организма:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. отсутствует б. приводит к острой интоксикации в. является источником сенсibilизации организма г. приводит к патологии эндокринной системы <p>164. Ведущим признаком кариеса является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. боль от химических раздражителей б. наличие типичной кариозной полости в. боль от температурных раздражителей г. самопроизвольные боли <p>165. К наиболее типичным проявлениям кори на слизистой оболочке полости рта относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. пузыри б. пятна Филатова - Бельского - Коплика в. энантема слизистой оболочки мягкого неба г. верно б, в <p>166. При метастазировании саркомы органов полости рта характерно поражение:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. костей

	<p>б. паренхиматозных органов в. кожи г. верно а, б</p> <p>167. К характерным поражениям десны при остром лейкозе относится:</p> <p>а. повышенная кровоточивость б. инфильтраты в толще десны в. язвенно-некротический гингивит г. гипертрофический гингивит д. верно а, б, в</p> <p>168. Больной мужчина 40 лет, жалоб не предъявляет. При объективном обследовании: на слизистой оболочке правой щеки, по линии смыкания зубов, имеется белесоватый участок, несколько более плотный на ощупь по сравнению со здоровой слизистой оболочкой, образование имеет округлую форму диаметром около 15 мм, в проекции указанного образования на слизистой оболочке расположен острый край коронки зуба, разрушенной кариесом, другие отделы слизистой оболочки – без признаков патологии. Наиболее вероятно, что у пациента:</p> <p>а. красный плоский лишай б. лейкоплакия в. хронический кандидоз</p> <p>169. Для гингивита беременных характерным является:</p> <p>а. изъязвление десневого края б. гипертрофия десневых сосочков в. гипертрофия, кровоточивость десневых сосочков г. яркая гиперемия без изменения формы десневого края</p> <p>170. Развитие патологии пародонта с быстрой деструкцией костной ткани характерно для:</p> <p>а. сахарного диабета б. стенокардии в. язвенной болезни</p>
<p>Б 1.Б.6.16 Раздел 16. «Онкология в общей врачебной практике»</p>	<p>171. Скрининг онкологических заболеваний проводится:</p> <p>а. у больных с выявленной опухолью б. среди населения старше 60 лет в. у лиц, ранее переболевших онкозаболеванием г. среди контингента, работающего на «вредных» производствах д. у практически здоровых людей</p> <p>172. Скрининг рака легкого проводится путем:</p> <p>а. профилактической флюорографии б. анализа мокроты на атипические клетки в. анализа крови г. компьютерной томографии д. фибробронхоскопии</p>

173. К предраку желудка можно отнести:
- а. желчнокаменную болезнь
 - б. геморрагический гастрит
 - в. синдром Мэллори-Вейсса
 - г. хронический панкреатит
 - д. **хроническую язву большой кривизны желудка**
174. Предраком для толстой кишки является:
- а. геморрой с частыми обострениями
 - б. **семейный полипоз**
 - в. анальная трещина
 - г. острый энтероколит
 - д. псевдотуберкулез мезентериальных лимфоузлов
175. Характерный рентгенологический признак центрального рака легкого:
- а. наличие множества мелких теней в ткани легкого
 - б. тень узла опухоли с полостью распада
 - в. наличие «дорожки» к корню легкого
 - г. **наличие зоны ателектаза**
 - д. наличие уровня жидкости в плевральной полости
176. К «сигналам опасности» рака прямой кишки можно отнести:
- а. **изменение формы кала**
 - б. рвота «вчерашней» пищей
 - в. частое мочеиспускание и боли над лоном
 - г. анальный зуд
 - д. появление «нейтрального» жира в копрограмме
177. Характерные признаки рака легкого типа «Пенкоста»:
- а. кровохарканье
 - б. **плечевой плексит**
 - в. увеличение печени
 - г. наличие в зоне опухолевого инфильтрата зоны распада
 - д. прорастание диафрагмы
178. К симптомам рака пищевода можно отнести:
- а. рвоту вчерашней пищей
 - б. сухой кашель
 - в. шум в ушах
 - г. **затруднение при глотании**
 - д. генерализованный гиперостоз костей
179. Женщина 70 лет жалуется, что регулярно наблюдает следы алой крови в нормальном стуле коричневого цвета. Наиболее вероятная причина:
- а. рак поперечной ободочной кишки
 - б. **рак прямой кишки**
 - в. рак анального кольца
 - г. дивертикулез
 - д. геморрой

	<p>180. Наиболее частая локализация рака молочной железы:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. верхненаружный квадрант б. нижненаружный квадрант в. верхневнутренний квадрант г. нижневнутренний квадрант д. периареолярная зона
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1. «Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность»</p>	<p>Ситуационная задача №1</p> <p>В амбулаторию доставлен больной с колото-резаной раной левого плеча длиной 7 см, глубиной 1,5 см, умеренное кровотечение, мужчина работает столяром.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Что может и должен сделать врач общей практики? 3. Потерял ли больной трудоспособность? 4. На сколько дней врач общей практики должен дать больничный лист? 5. Консультация какого специалиста необходима при данной травме? 6. Нуждается ли больной в реабилитации? 7. Согласно какому приказу врач общей практики выполняет хирургические манипуляции? <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Колото-резаная рана левого плеча. 2. Ушить рану, наложить асептическую повязку, сделать противостолбнячную прививку. 3. Учитывая профиль труда, больной потерял трудоспособность. 4. Врач общей практики может единолично дать лист нетрудоспособности на 10 дней. 5. Учитывая, что могут быть ранены сухожилия, сосуды и нервы, необходима консультация хирурга. 6. Больной нуждается в реабилитации, показаны упражнения для руки для восстановления ее подвижности в полном объеме. 7. Приказ МЗ РФ № 237 от 26.08.92 г. "О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)". Приказ МЗ РФ № 350 от 20.11.2002 г. "О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации". <p>Ситуационная задача №2</p> <p>Беременная 22 года, срок 32 недели обратилась с жалобами на умеренное кровотечение из половых путей. На УЗИ полное предлежание плаценты.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Что должен сделать врач общей практики? 3. Может ли врач общей практики вести беременную с такой патологией до возникновения кровотечения?
--	---

4. Чем опасна данная патология?
5. Каким приказом руководствуется врач общей практики?

Ответы:

1. Беременность 32 недели. Полное предлежание плаценты. Кровотечение.
2. Немедленно госпитализировать в родильный дом.
3. Беременная с такой акушерской патологией ведется акушером-гинекологом.
4. Данная патология опасна перинатальной и материской смертностью.
5. Приказ МЗ РФ № 237 от 26.08.92 г. "О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)". Приказ №50 МЗ и СР Российской Федерации от 2009 года. Министерства здравоохранения и социального развития РФ №84 от 17.01.05 "О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)".

Ситуационная задача №3

В амбулаторию обратилась женщина 48 лет с жалобами на головную боль, сердцебиение, боли в сердце, чувство тревоги. АД 150/90 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Что должен сделать врач общей практики?
3. Какую функцию должен проверить врач общей практики ?
4. Какая консультация необходима больной?
5. Согласно какому приказу врач общей практики выполняет функции терапевта?

Ответы:

1. Гипертоническая болезнь.
2. Записать ЭКГ. При отсутствии данных за инфаркт миокарда лечить артериальную гипертензию.
3. Необходимо уточнить наличие нарушений менструальной функции.
4. В случае нарушений менструальной функции показана консультация гинеколога.
5. Приказ МЗ РФ № 237 от 26.08.92 г. "О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)". Министерства здравоохранения и социального развития РФ №84 от 17.01.05 "О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)". Приказ МЗ РФ № 350 от 20.11.2002 г. "О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации".

Ситуационная задача №4

Женщина 42 лет жалуется на боли в пояснице и внизу живота, повышение температуры до 39°, частое и болезненное мочеиспускание, а также слабость и головную боль.

Вопросы:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. Какие анализы следует сделать больной? 3. Консультация какого специалиста обязательна? 4. Какие параклинические исследования необходимы? 5. Нуждается ли больная в госпитализации? <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый пиелонефрит, острый цистит. 2. Общий анализ мочи, развернутый анализ крови, биохимия крови, бак. посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам. 3. Необходима консультация гинеколога. 4. УЗИ почек и органов малого таза. 5. Нуждается в госпитализации.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2. «Методы диагностики в работе врача общей практики»</p>	<p>Ситуационная задача №5</p> <p>Больная 32 лет. В течение нескольких лет беспокоят боли, ощущения вздутия и распираания в животе, чередование запоров с поносами, иногда с выделением слизи.</p> <p>Объективно: язык обложен у корня белым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в области пупка и по ходу толстого кишечника, плеск и урчание в области слепой кишки. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Нб - 128 г/л, лейкоц. - $6,8 \times 10^9$/л, СОЭ - 12 мм/час.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Перечислите необходимые исследования для подтверждения диагноза. 3. Лечебная тактика? <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический энтероколит. Возможен синдром раздраженного кишечника. 2. Колоноскопия, анализ кала. 3. Диета: стол №4. Спазмолитики. <p>Ситуационная задача №6</p> <p>Больной 43 лет, жалуется на мышечную слабость, полиурию, головную боль. В течение 10 лет отмечает повышение артериального давления. Применение гипотиазида переносит плохо.</p> <p>Объективно: ЧСС - 88 в минуту. АД - 180/110 мм рт.ст. Признаки гипертрофии левых отделов сердца.</p> <p>Анализ крови - без изменений.</p> <p>Анализ мочи - относительная плотность - 1002-1008.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вероятная причина артериальной гипертензии. 2. Какие изменения электролитов крови ожидаются? 3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза? 4. Тактика лечения. <p>Ответы:</p>

1. Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна, альдостерома).
2. Гипокалиемия, гипернатриемия.
3. УЗИ или КТ надпочечников, экскреция альдостерона.
4. Верошпирон. Оперативное лечение.

Ситуационная задача №7

У больного 34 лет наблюдается повышение артериального давления до 180/110 мм рт.ст., тупая боль в поясничной области, жажда. Пальпируются обе увеличенные почки с неровной поверхностью. Мочевина крови - 8,0 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1006, лейкоциты - до 100 в п/зр.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения?
3. Лечебная тактика.

Ответы:

1. Поликистоз почек, хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность.
2. УЗИ, обзорная рентгенография мочевого пузыря и сканирование почек.
3. Антибактериальная, гипотензивная и дезинтоксикационная терапия.

Ситуационная задача №8

Больная 60 лет. Поступила с жалобами на резко выраженную общую слабость, головокружение, ощущение "ватных" ног. Больная в течение одного года. При осмотре: одутловатость лица, бледность кожи с желтушным оттенком, субиктеричность склер. Дыхание везикулярное, тоны приглушены, систолический шум во всех точках. Сосочки языка сглажены. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, отеков нет.

Анализ крови: Hb - 50 г/л, эр. - $2,2 \times 10^{12}$ /л, цв.пок. - 1,3, лейкоциты - $2,5 \times 10^9$ /л, эоз. - 1%, п/я - 4%, с/я - 38%, лимф. - 42%, моноц. - 11%, тромбоциты - 70×10^9 /л, СОЭ - 40 мм/час, билирубин - 2,0 мг% (34 мкмоль/л), непрямой.

Вопросы:

1. Дайте гематологическую характеристику анемии..
2. Чего не хватает в анализе крови?
3. Вероятный диагноз?
4. Что ожидается в миелограмме?
5. За каким показателем необходим контроль на 5-7 день лечения при назначении витамина В₁₂ 1000 мкг/сут ?

Ответы:

1. Тяжелая, гиперхромная с панцитопенией.
2. Ретикулоцитов, морфологии эритроцитов, ядер нейтрофилов.
3. В₁₂-дефицитная анемия.
4. Мегалобластоз.
5. Определение ретикулоцитов.

Б 1.Б.6.3 Раздел 3.
«Медицинская
психология в общей
врачебной
практике»

Ситуационная задача №9

Больной П., 42 года, обратился в поликлинику с жалобами на ощущение нехватки воздуха, страх смерти от удушья. Чувствовал себя практически здоровым до недавнего времени, пока однажды ночью не случился приступ: глубоко вдохнуть не мог, возникло ощущение «кома» за грудиной, препятствия в трахее. Удушье сопровождалось сердцебиением, дрожью в теле и сильным страхом. Не мог уснуть. Вышел на балкон, дышал свежим воздухом, пока не успокоился. После этого приступы стали беспокоить все чаще, особенно под утро (в 4-5 часов утра), просыпался в панике, выходил на балкон или улицу, гулял на воздухе, пока не нормализовалось дыхание. По совету жены пытался принимать настой валерианы, новопассит, но это не помогало. Прекратил сексуальные контакты с женой, из боязни, что это спровоцирует новый приступ. Жалуется на потерю веса. Уверен, что у него тяжелая болезнь легких (возможно, бронхиальная астма), боится, что однажды ночью умрет от приступа.

При прицельном расспросе выяснилось, что первый приступ возник после конфликта с начальством на работе, где был поставлен вопрос об его увольнении, как несоответствующего должности.

Когда ухудшилось соматическое состояние, сам уволился с работы по собственному желанию и не знал, что ему дальше делать. Настроение снижено, тревожен, не уверен в себе и своих силах. Пессимистичен в отношении будущего, считает себя не способным продолжать работу, так как кроме деятельности в министерстве больше ничего не умеет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Какими свойствами должны обладать выбранные Вами препараты?.
4. Какими свойствами не должны обладать назначаемые препараты. учитывая, что мужчина активного возраста?
5. Как долго должна проводиться терапия?

Ответы:

1. Врач имеет дело с типичной маскированной депрессией. Диагноз по МКБ-10: Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы с паническими атаками..
2. Лечение: антидепрессанты, в момент приступа – транквилизаторы с седативным и миорелаксирующим действием.
3. Антидепрессанты должны быть с противотревожным действием.
4. При назначении антидепрессанта необходимо учитывать активный возраст пациента, поэтому выбранный препарат не должен влиять на сексуальные функции, которые и так уже нарушены вследствие психопатологии.
5. Терапия должна проводиться в течение не менее 6 месяцев.

Ситуационная задача №10

Больной К., 60 лет, поступил в стационар в связи с сильными болями в области сердца. При обследовании был выявлен острый инфаркт миокарда и больной был помещен в блок интенсивной терапии, а после стабилизации состояния переведен в отделение общей кардиологии. У больного отмечается снижение настроения, тревога за свое здоровье. Нарушился сон: боится заснуть и умереть во сне. Не знает, как ему себя вести: что можно и что нельзя есть, пить и т. п. Постоянно спрашивает врача и персонал, что с ним будет дальше. При расспросе выяснилось, что пациент до поступления в отделение был здоров, работал и особенно не обращал внимания на свое здоровье. По характеру ответственный, исполнительный, тревожно-мнительный. Лежа в отделении, вспоминал всех родственников и знакомых, умерших от инфаркта миокарда. Вспомнил, что его наследственность отягощена сердечно-сосудистой патологией и что отец умер примерно в том же возрасте от острой сердечной недостаточности. Фиксирован на своем состоянии и своих переживаниях. Хочет поправиться, однако ничего не делает для этого.

Вопросы:

1. Что явилось причиной психических нарушений?
2. Дайте определение психических нарушений..
3. Чем опасны развившиеся психические нарушения?
4. Психотропные препараты с каким действием предпочтительны?
5. Какими свойствами не должны обладать назначаемые препараты, учитывая соматическое заболевание?

Ответы:

1. Инфаркт миокарда выступает в роли психической травмы, спровоцировавшей развитие тревожно-депрессивной реакции.
2. Нозогенная депрессия.
3. Депрессивное состояние приводит к пассивности пациента, отказу от активного сотрудничества с доктором и может ухудшить прогноз заболевания.
4. Больному показана терапия антидепрессантом с противотревожным действием. Кроме того, больному показано проведение психотерапевтических мероприятий разъяснительного характера.
5. Учитывая тяжесть соматического заболевания, необходимо выбрать антидепрессант, не обладающий кардиотоксичностью.

Ситуационная задача №11

Больная Д.В., 52 года. Обратилась к терапевту с жалобами на подъемы артериального давления, приливы жара с сильным потоотделением, головные боли, боли в области сердца, поясницы, в крупных и мелких суставах, в области молочных желез. Также отмечала сильную слабость, апатию, нарушение сна и аппетита.

Из анамнеза: В 45 лет перенесла психогенную депрессию (старший сын попал в автомобильную аварию, в течение нескольких месяцев находился в больнице). В первые дни после трагедии отмечала избыточную активность, возбуждение, практически не спала, активно помогала врачам, доставала необходимые лекарства, делала уборку в отделении. Затем подъем

сменился подавленностью и тревогой, мыслями о неблагоприятном исходе заболевания сына. В этот период отказалась от работы. Спала только после приема снотворных препаратов, заметно похудела. Через несколько месяцев, по мере выздоровления сына, также отмечала постепенную нормализацию настроения, вернулась на прежнее рабочее место и к прежнему образу жизни. Но с тех пор стало повышаться АД до 150-170/100-110 мм рт. ст. Последние 2 года, когда нарушился менструальный цикл, АД стало повышаться в виде кризов в дни предполагаемых менструаций, что сопровождалось сердцебиением, потливостью, ощущением внутренней дрожи, нехватки воздуха, «чувством полного изнеможения», страхом смерти. Неоднократно вызывала «скорую помощь», обычно приступы купировались парентеральным введением реланиума. В то же время появились приливы жара по 7-10 раз в сутки с обильным потоотделением. Снизилось настроение, появилась тревога за здоровье и будущее, стала особенно ранимой, обидчивой, чувствительной, вместе с тем раздражительной и вспыльчивой. Перед сном усиливались мысли о надвигающейся старости («стала старая и никому не нужная», «дети выросли и разбежались», «скоро выгонят на пенсию» и т.п.), часто плакала, жалея себя, долго не могла уснуть. По ночам часто просыпалась вся мокрая от пота, испытывала неприятные ощущения в ногах. Утром беспокоила головная боль, в течение дня отмечала сонливость и трудности концентрации внимания. Не справляется с работой из-за трудности концентрации внимания, дома накопилось много вещей, которые надо стирать и гладить, уборку делает поверхностно. При малейших физических нагрузках усиливаются боли в спине. «Раньше я могла одновременно три дела делать, а теперь только одно и то с трудом». Часто раздражается «по пустякам», не выносит шум и яркий свет, раздражают резкие запахи. Не хочет встречаться с родственниками и подругами, телевизор смотрит «по инерции», без всякого интереса, не получает никакого удовольствия от чтения («раньше читала запоем»). В связи с тревогой долго не может заснуть, часто просыпается от приливов жара, потливости, чувства «беспокойства» в ногах. Аппетит меняется от «обжорства» до «отвращения к еде», поправилась на 8 кг. Снизилось половое влечение, под предлогом плохого самочувствия избегает близких отношений с мужем. Обратилась к кардиологу, который диагностировал гипертоническую болезнь, в течение нескольких месяцев принимала гипотензивную терапию, седативные гомеопатические препараты, также была направлена к гинекологу-эндокринологу, который назначил заместительную гормональную терапию. Состояние несколько улучшилось: стали менее интенсивными приливы и вегетативные кризы, но пониженный фон настроения сохраняется.

Менструации с 12 лет, регулярные, по 5 дней, через 28 дней. В течение последних 2 лет менструальный цикл стал нерегулярным: сначала менструации были каждые 2 недели, по 6-7 дней, потом через 2-3 месяца, довольно скудные. Мать, 76 лет, страдает гипертонической болезнью, менопауза в 51 год, во время которой

отмечала выраженный климактерический синдром с повышением АД.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика врача общей практики.
3. Назначьте лечение.
4. Какими свойствами должны обладать назначаемые препараты с учетом того, что пациентка может находиться на амбулаторном лечении?
5. Как долго должна проводиться терапия?

Ответы:

1. Диагноз: депрессия в климактерическом периоде.
2. Показана консультация психиатра и терапия антидепрессантами.
3. Вальдоксан 25 мг 1 раз в день вечером.
4. Антидепрессант не должен обладать седативным и миорелаксирующим действием.
5. Терапия должна проводиться в течение не менее 6 месяцев.

Ситуационная задача №12

Больная Р.И., 33 года. Обратилась к терапевту с жалобами на вздутие и боли внизу живота, отеки конечностей, увеличение веса, ощущение напряжения молочных желез, головную боль, усиление аппетита, сонливость, частое мочеиспускание. С вышеперечисленными жалобами связывала подавленность, тревогу и раздражительность.

Из анамнеза: Работает учителем в общеобразовательной школе. Не замужем, детей нет. Менструации с 15 лет, установились не сразу. Почти всегда во вторую половину менструального цикла чувствовала себя хуже, за неделю до месячных отмечала головные боли, тошноту, диарею, угревые высыпания. В течение последнего года все эти симптомы стали более выраженными, дополнились нарушениями сна и аппетита, отеками, сопровождались выраженным снижением настроения, раздражительностью, агрессивностью. Часто не сдерживалась на работе, «срывалась на учениках», что явилось причиной многочисленных жалоб родителей. На замечания завуча отвечала в резкой форме, несколько раз писала заявление об увольнении. Решила, что нуждается в отдыхе, обратилась к участковому терапевту с целью получения больничного листа. Говорит, что не справляется с работой из-за агрессивности, сонливости, ослабления концентрации внимания, ухудшения координации движений. Сон с трудностями засыпания, поверхностный, не приносящий чувства отдыха. К концу беседы плачет и просит о помощи. Заметила, что перечисленные расстройства нарастают за 7-10 дней до начала менструации и постепенно редуцируются в ее первые дни.

Мать больной в возрасте 49 лет перенесла климактерическую депрессию, по поводу которой лечилась у психотерапевта.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика врача общей практики.
3. Назначьте лечение.

	<p>4. Какова распространенность данного расстройства? 5. Как долго должна проводиться терапия?</p> <p>Ответы:</p> <p>1. Диагноз: предменструальное дисфорическое расстройство (ПДР). В зависимости от превалирования в клинической картине тех или иных симптомов выделяют четыре формы предменструального синдрома: нейropsychическую, отечную, цефалгическую, кризовую. У пациентки наибольшее беспокойство вызывают психоэмоциональные расстройства (дисфорические симптомы, напряжение, тревога, подавленность, субъективное ощущение изменения работоспособности и социальной активности, расстройства сна), нарушающие профессиональное и социальное функционирование, т.е. исследуемое состояние соответствует критериям нейropsychической формы ПДР. Факт появления симптомов перед менструацией и исчезновение после ее начала, вероятно, является самым важным фактором для дифференциальной диагностики предменструального синдрома и множества других состояний, с которыми его можно спутать.</p> <p>2. Показана консультация гинеколога и психиатра.</p> <p>3. Лечение антидепрессантами сбалансированного действия: напр. вальдоксан 25 мг 1 раз в день вечером.</p> <p>4. Распространенность ПДР составляет около 5%.</p> <p>5. Терапия должна проводиться в течение не менее 6 месяцев.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4. «Медицинская профилактика в профессиональной деятельности врача общей практики»</p>	<p>Ситуационная задача №13</p> <p>На участке ОВП поселка М. полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения: против дифтерии - 30% лиц в каждой возрастной группе; против гепатита В - не менее 60% лиц в возрасте до 35 лет; против краснухи - не менее 90% женщин в возрасте до 25 лет; выполнение плана профилактических прививок против гриппа.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Оцените полноту охвата прививками против дифтерии. 2. Оцените полноту охвата прививками против гепатита В. 3. Оцените полноту охвата прививками против краснухи. 4. Оцените полноту охвата прививками против гриппа.</p> <p>Ответы:</p> <p>1. Полнота охвата прививками против дифтерии недостаточная (надо 90%). 2. Полнота охвата прививками против гепатита В недостаточная (надо 90%). 3. Полнота охвата прививками против краснухи достаточная. 4. Полнота охвата прививками против гриппа согласно плана.</p> <p>Ситуационная задача №14</p> <p>На участке ОВП населенного пункта С. произошла стабилизация показателя смертности населения на дому: при сердечно-сосудистых заболеваниях, при туберкулезе; но увеличилась смертность при сахарном диабете.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Как оценить работу врача общей практики по сердечно-сосудистым заболеваниям и туберкулезу?</p>

2. Как оценить работу врача общей практики по сахарному диабету?

Ответы:

1.Работу по сердечно-сосудистым заболеваниям и туберкулезу оценить как удовлетворительную.

2.Работу по сахарному диабету оценить как неудовлетворительную.

Ситуационная задача №15

На участке ОВП населенного пункта К. стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера в частности туберкулеза отмечалось: число вновь выявленных больных - нет; полнота охвата флюорографическим обследованием лиц - более 90% от числа подлежащих обследованию; полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц - более 90% от числа подлежащих обследованию; отсутствие повторных случаев заболевания у контактных лиц в очагах активного туберкулеза; имелся один запущенный случай заболевания туберкулезом у больного за день до смерти прибывшего в данный район, социально не благополучного.

Вопросы:

1. Как оценить работу врача по туберкулезу на участке?.

2. Может ли случай смерти от запущенной формы туберкулеза у мужчины, прибывшего за день до смерти, испортить показатели работы врача?

Ответы:

1.Работу врача можно оценить как хорошую.

2.Данный случай смерти от туберкулеза не может испортить показатели работы врача.

Ситуационная задача №16

На участке ОВП населенного пункта У. возникло 3 случая заболевания гепатитом А.

Вопросы:

1. Роль врача общей практики в проведении санитарно-эпидемиологических мероприятий.

2. Кого еще может привлечь врач общей практики в данной ситуации?

3. Какую работу должен провести врач общей практики в данной ситуации?

Ответы:

1.Врач общей практики совместно с представителями санитарно-эпидемиологического надзора организует проведение противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции, иммунопрофилактику.

2.Врач общей практики привлекает руководителей учреждений и предприятий, профсоюзных и других общественных организаций, пациентов к активному участию в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий.

	<p>3. Врач общей практики организует весь комплекс диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий с привлечением, при необходимости, для этой цели специалистов лечебно-профилактических учреждений.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5. «Внутренние болезни в общей врачебной практике»</p>	<p>Ситуационная задача №17</p> <p>Больной 42 лет, вызвал СМП в связи с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 3 недель назад перенес ОРВИ. 5 дней назад вновь появилась субфебрильная температура, затем появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приемом анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таблетки фуросемида, выделил около 1,5 л мочи. Состояние ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать - кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада СМП.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании. Лежит низко, голени пастозны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 22 в минуту. Шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, ритмичный. АД - 110/90 мм рт.ст. На вдохе систолическое АД снижается на 20 мм рт.ст. Печень +4 см, чувствительная при пальпации. На ЭКГ - синусовая тахикардия. Амплитуда желудочковых комплексов во всех отведениях снижена, зубец Т во всех грудных отведениях сглажен.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как оценить состояние кровообращения? 2. Как оценить снижение АД на вдохе? 3. Какова причина этих нарушений? 4. Имеется ли связь между приемом фуросемида и клиническим ухудшением? 5. Какой срочный метод лечения показан? <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тампонада сердца. 2. Парадоксальный пульс. 3. Острый экссудативный перикардит. 4. Маловероятно. 5. Пункция перикарда. <p>Ситуационная задача №18</p> <p>Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД - 90/60 мм рт. ст., ЧСС - 112 уд. в 1 мин. Анализ крови: эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, Нб - 140 г/л. При пальцевом исследовании кал нормального цвета.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое осложнение развилось у больного? 2. С чем связано исчезновение болей?

3. Как объяснить нормальные значения показателей анализа крови?

4. Какой кал будет через 1-2 суток?

5. Как подтвердить диагноз?

Ответы:

1. Острое желудочное кровотечение.

2. С тем, что соляная кислота связывается кровью.

3. Еще не наступила фаза гемодилюции.

4. Мелена.

5. Срочная ЭГДС.

Ситуационная задача № 19

Больная 36 лет обратилась с жалобами на приступообразный малопродуктивный кашель. Приступы кашля чаще всего возникают по ночам, рано утром, а также днем при выходе на холод и в сырую погоду. Больна в течение полутора месяцев, когда после перенесенной пневмонии, неадекватно леченной антибиотиками, сохранился малопродуктивный кашель. Принимала средства от кашля и отхаркивающие препараты без существенного эффекта. Не курит, с детства страдает atopическим дерматитом.

При осмотре: в легких дыхание жесткое, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. При рентгенологическом исследовании - легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. В анализе крови - эозинофилия (8%), в индуцированной мокроте выявлены скопления эозинофилов, бактериальная флора в умеренном количестве (представлены грамположительными кокками).

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

3. Составьте план лечебно-оздоровительных мероприятий.

Ответы:

1. Наиболее вероятно наличие у пациентки бронхиальной астмы. Об этом свидетельствуют приступы бронхиальной обструкции (приступообразный кашель и сухие хрипы в легких) и гиперреактивность бронхов (провоцирующий эффект холодного и влажного воздуха), а также эозинофилия мокроты, указывающая на наличие эозинофильного воспалительного процесса в бронхах. Определяющее значение имеет наличие atopического дерматита.

2. Мониторинг ПСВ, тест с бронхолитиком.

3. Базисная противовоспалительная терапия + бронхолитики. Консультация аллерголога, консультация терапевта 2 раза в год, консультация пульмонолога 1 раз в год, ЭКГ 1 раз в год, рентгенография легких 1 раз в год, общий анализ крови, мокроты, мочи 2 раза в год.

Ситуационная задача № 20

Мужчина 57 лет, инженер. Наблюдается в поликлинике 5 лет с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения, II ФК, ХСН I ст. (I ФК по NYHA). Принимает: аспирин, статины, бета-блокаторы, - постоянно, нитроглицерин - 2-3 раза в неделю при болях в сердце.

В последние 3 недели, после стресса, отмечает инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке.

Объективно: частота дыханий- 24 в 1 мин. В легких единичные влажные хрипы над нижними долями. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС-62 в 1 мин. АД 130/ 82 мм.рт.ст. Печень - у края реберной дуги, на ногах отеков нет.

Вопросы:

1. В связи с чем ухудшилось самочувствие больного?
2. Какое обследование необходимо провести?
3. Каковы критерии 6-минутной пробы для ХСН ФК 0 ст. и ХСН ФК IV ст. ?
4. Препараты какой группы должен был принимать больной в связи с наличием ХСН? От чего зависит стартовая доза этих препаратов?

Ответы:

1. В связи с прогрессированием сердечной недостаточности.
2. ЭКГ, Холтеровское мониторирование, ЭхоКГ, 6-минутная проба.
3. ХСН ФК 0 ст. – расстояние > 551 м, ХСН ФК IV ст. – расстояние < 150 м.
4. Ингибиторы АПФ. Доза зависит от АД пациента.

Ситуационная задача № 21

Женщина 57 лет, не работает. Наблюдается в поликлинике 4 года с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения, II ФК, ХСН I ст.(I ФК по NYHA). В анализах: общий холестерин - 4,0 ммоль/л, ХС ЛПНП - 2,6 ммоль/л, триглицериды -1,6 ммоль/л.

Принимает: аспирин 100 мг, симвастатин 20 мг, периндоприл 4 мг/сут, метопролола тартрат 25мг x 2 раза/сут - постоянно, нитроглицерин - 2-3 раза в неделю.

Объективно: частота дыханий- 20 в 1 мин. В легких чисто. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС-58 в 1 мин. АД 130/ 82 мм.рт.ст. Печень -у края реберной дуги, на ногах отеков нет.

Вопросы:

1. Какой препарат и как следует заменить?
2. Какую часть от терапевтической составляет стартовая доза β -блокаторов при ХСН?
3. С какой периодичностью можно увеличивать дозу β -блокаторов при ХСН?
4. Назначение β -блокаторов при ХСН возможно до или после назначения ингибиторов АПФ?
5. Можно ли использовать β -блокатор атенолол при лечении ХСН?

Ответы:

1. Метопролола тартрат 25 мг x 2 раза/сут на метопролола сукцинат 25 мг x 1 раз/сут или на бисопролол 2,5 мг x 1раз/сут или на карведилол 6,25мг x 2раза/сут.
2. 1/8 часть от терапевтической дозы.
3. 1 раз в 2-4 недели.
4. После назначения ингибиторов АПФ.
5. Нет.

Ситуационная задача № 22

Мужчина 62 лет. Наблюдается у участкового терапевта с диагнозом: гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск 4. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. ГЛЖ. Осложнения: ХСН II А (2ФК по NYHA) Сопутствующее заболевание: последствия ишемического инсульта (март 2008 года).

Вопросы:

1. На основании каких признаков может быть выставлена стадия ХСН II А?
2. Какие группы препаратов используются при лечении и АГ и ХСН?
3. Какая группа препаратов является «золотым стандартом» для лечения ХСН?
4. Какую группу препаратов можно использовать для лечения ХСН в случае непереносимости ингибиторов АПФ?
5. Как должны назначаться диуретики при ХСН: ежедневно или 1 раз в 3-4 дня?

Ответы:

1. Застой по большому или малому кругу кровообращения.
2. Ингибиторы АПФ, сартаны, диуретики, β-блокаторы.
3. Ингибиторы АПФ.
4. Сартаны.
5. Ежедневно.

Ситуационная задача № 23

Женщина 48 лет. Обратилась в поликлинику с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, усиливающуюся при наклоне вниз, отеки на ногах, периодически дискомфорт в грудной клетке и сердцебиение, общую слабость, быструю утомляемость. Жалобы постепенно нарастали в течение 6 месяцев. Объективно: правильного телосложения. В легких влажные хрипы в нижних отделах, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 98 в 1 мин. Над верхушкой выслушивается грубый систоло-диастолический шум с преобладанием диастолического, иррадиирующий над всей областью сердца. Шум меняется по интенсивности в зависимости от положения тела. АД 150/ 90 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. На голенях отеки. На ЭхоКГ - миксома левого предсердия 3,4 см x 3,2 см.

Вопросы:

1. Чем обусловлена аускультативная картина над областью сердца? Какой порок сердца она имитирует?
2. Какой стадии соответствует сердечная недостаточность?
3. Какова тактика врача?
4. Терапия на догоспитальном этапе (группы препаратов).
5. Каков прогноз при успешном оперативном лечении?

Ответы:

1. Опухоль препятствует прохождению крови через предсердно-желудочковый клапан во время диастолы. Гемодинамика несколько подобна стенозу митрального клапана.
2. ХСН III ст. (IV ФК NYHA).

3. Госпитализация в кардиохирургическое отделение.
4. Лечение сердечной недостаточности - иАПФ (сартаны), диуретики, β -блокаторы, антагонисты альдостерона. Гипотензивная терапия - иАПФ, сартаны, антагонисты альдостерона. Антиаритмические препараты - β -блокаторы, недигидропиридиновые антагонисты кальция.
5. Благоприятный.

Ситуационная задача № №24

Женщина 48 лет. Ранее часто принимала антидепрессанты. В течение 2 лет отмечает непереносимость жирной пищи, тупые боли в правом подреберье, периодически диффузный зуд, боли в костях, боли и опухание лучезапястных, коленных, межфаланговых суставов, выпадение зубов. Последние 3 месяца нарастающая желтуха, темная моча. Печень на 5 см, плотная, край закруглен. Селезенка - 16x12 см.

Анализ крови:связанный билирубин - 144, свободный - 57 мкмоль/л, АсАТ -216 нмоль/л, АлАТ - 283 нмоль/л, ЩФ - 222 мкмоль/л, холестерин - 9,1 ммоль/л, протромбин - 65%, у-глобулины - 22%.

Вопросы:

1. Каков ведущий синдром у данной больной?
2. Вероятный уровень холестаза (внутри- или внепеченочный)?
3. Какое исследование проводится для уточнения проходимости желчных путей?
4. Диагноз заболевания печени?
5. Что могло способствовать развитию заболевания?

Ответы:

1. Синдром холестаза.
2. Внутрипеченочный.
3. Ретроградная дуоденохолангиография.
4. Первичный билиарный цирроз, активная фаза.
5. Прием антидепрессантов.

Ситуационная задача № №25

Больной 48 лет. Жалобы на увеличение и тяжесть в животе. В прошлом злоупотреблял алкоголем. В течение 5 лет отмечалось увеличение печени. Увеличение живота заметил 1 месяц назад.

Объективно: телеангиэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется тупость ниже пупка и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируются. Диурез - 700 мл.

Билирубин крови - 30 мкмоль/л, АсАТ - 0,8 ммоль/мл/ч., АлАТ - 1,2ммоль/мл/ч, протромбиновое время - 50%. Натрий крови - 135 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л, белок - 52 г/л.

Вопросы:

1. Полный диагноз?
2. Какова причина асцита? Определите биохимические синдромы.
3. Лечение на первую неделю.
4. Какие показатели следует наблюдать?

5. Показания для пункции асцита и введения плазмозаменителей.

Ответы:

1. Портальный цирроз печени (алкогольный) в стадии декомпенсации, активная фаза.

2. Портальная гипертензия, гипопроотеинемия. Синдромы: клеточной недостаточности, цитолиза (нерезко выраженный).

3. Постельный режим, исключение алкоголя, ограничение соли, полноценное питание. Витамины В₁, В₆, верошпирон, фуросемид.

4. Ежедневно: пульс, АД, массу тела (должна уменьшаться на 200 г/сут), окружность живота, диурез. Повторить: натрий, калий, билирубин, общий белок.

5. Пункция брюшной полости – только при отсутствии эффекта или плохой переносимости диуретиков. Плазмозаменители, нативная плазма – при рефрактерном асците (в течение 3-4 недель) и выраженной гипопроотеинемии.

Ситуационная задача №26

Мужчина 58 лет, работает экономистом. Наблюдается у кардиолога в поликлинике 8 месяцев с диагнозом: ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (передне-перегородочный инфаркт миокарда - non Q-wave от 12 июня 2019 г.). ХСН II А ст. (III ФК по NYHA). Принимает: аспирин, статины, бета-блокаторы, антагонисты кальция (амлодипин), иАПФ, диуретики - постоянно, нитроглицерин - 4 - 6 раз в неделю при физических нагрузках. В последние 3 недели, после стресса, отмечает инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке.

Объективно: частота дыханий- 24 в 1 мин. В легких единичные влажные хрипы над нижними долями. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС-62 в 1 мин. АД 130/ 82 мм.рт.ст. Печень - у края реберной дуги, на ногах отеков нет.

Вопросы:

1. Терапию какими препаратами следует усилить?

2. Перечислите аспекты реабилитации пациента.

3. От чего зависит интенсивность рекомендуемой физической нагрузки?

4. От чего зависит срок временной нетрудоспособности?

5. У какого специалиста и как долго должен наблюдаться пациент? Объем обследования в первый год наблюдения.

Ответы:

1. Диуретики, ингибиторы АПФ.

2. Медикаментозный, физический, психологический, социальный.

3. От функционального класса коронарной и сердечной недостаточности.

4. От степени коронарной и сердечной недостаточности, сопутствующей патологии, условий труда.

5. У кардиолога – в течение 1 года, далее у участкового терапевта. Липидный профиль, калий, ЭКГ, ЭхоКГ, Холтеровское мониторирование.

Б 1.Б.6.6 Раздел 6.
«Болезни пожилых в
общей врачебной
практике»

Ситуационная задача №27

Больной В., 74 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на приступообразную, загрудинную боль при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большего числа приемов нитроглицерина, чем прежде. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, 14 лет сахарным диабетом, 11- приступообразной болью за грудиной. Лечился атенололом, арифоном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появилась нерезко выраженная боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастральной области вскоре после еды, изжога. Больной не курит, алкоголь не употребляет, прекратил занятия физическими упражнениями из-за боли в левой ноге. Строго соблюдает диету с низким содержанием холестерина.

Объективно: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма. Пульс регулярный, 74 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге. АД 180/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации сердца отмечено приглушение 1 тона у верхушки, легкий систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Над легкими везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, край закруглен, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Селезенка не пальпируется, костно-мышечная система без патологии. Отеков нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9 /л$, тромбоциты - $223 \times 10^9/л$, эозинофилы- 2%, сегментоядерные нейтрофилы- 61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%. ОАМ: относительная плотность 1,015; pH- 6,0, белок 0,25 г/л, лейкоциты - 2-3 в п/з, эр. -1-2-3 в п/з. Биохимические исследования крови: Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин - 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды- 1,51 ммоль/л, мочевины 10,2 ммоль/л, креатинин 0,136 ммоль/л. На ЭКГ, зарегистрированной в покое, признаки гипертрофии левого желудочка. При суточном ЭКГ - мониторинге исследовании во время ходьбы - депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы. При ЭХО-доплерографии аорты и ее ветвей выявлено сужение в месте бифуркации левой общей подвздошной артерии.

Вопросы:

1. Дайте оценку всем параклиническим методам исследования.
2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом выявленных синдромов.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения или уточнения диагноза?.
4. Назначьте лечение.
5. На каких курортах показано санаторно-курортное лечение данному пациенту?

Ответы:

1. Анализ параклинических методов исследования позволяет заключить: суточное ЭКГ-мониторирование выявило нарушение

коронарного кровообращения в передне-боковой стеке левого желудочка и экстрасистолию во время ходьбы; доплеровское исследование позволило заключить о сужении левой общей подвздошной артерии, по-видимому, склеротического происхождения; биохимические исследования крови свидетельствуют о повышении уровня холестерина за счет липопротеидов низкой плотности, а также мочевины и креатинина; общий анализ крови без отклонений от нормы.

2. Клинические синдромы: стенокардии; артериальной гипертензии; нарушенного углеводного обмена (или диабетические синдромы); атеросклероза магистральных и периферических сосудов; желудочной диспепсии. Предварительный диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз аорты и ее ветвей с окклюзией общей левой подвздошной артерии, перемежающаяся хромота слева. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет, 2 типа, инсулинонезависимый, синдром Киммельстиль-Уилсона. Дислипидемия.

3. После стабилизации стенокардии больной нуждается в проведении коронаро- и аортографии для возможной хирургической коррекции сосудов (аорто-коронарное шунтирование, баллонная коронарная ангиопластика, ангиопластика левой общей подвздошной артерии).

4. Лечение в условиях круглосуточного стационара: ограничение двигательного режима, фраксипарин 0,3 мл 2 р/д п/к, эфокс лонг 50 мг 2 р/д, конкор 5 мг 1р/д, клопидогрел 1-й день 300мг 1 р/д, со 2-го дня 75 мг 1р/д (т.к. аспирин противопоказан).

5. Санаторно-курортное лечение показано в местных санаториях, после перехода стенокардии в стабильную форму. .

Ситуационная задача №28

Больной, 74 лет, рост 171 м, вес 107 кг, обратился с жалобами в поликлинику по месту жительства по поводу жалоб на головные боли, головокружение, связанные с подъемом артериального давления до 190/115 мм рт.ст. Врачом была диагностирована: Гипертоническая болезнь, II ст. Назначен верапамил в дозе 240 мг/сутки, бисопролол 5 мг/сутки, лизиноприл в дозе 10 мг утром. Спустя год появилась сухость во рту, иногда жажда, сонливость, был выявлен сахарный диабет 2 типа. К лечению добавлен диабетон 2 табл. и тромбоАСС 100 мг/сутки, индапамид 2,5 мг. Через 2 года при осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, в легких побочных дыхательных шумов нет. ЧСС 60 в 1 мин., АД 180/110 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги, отеков нижних конечностей нет. На ЭКГ: Синусовая брадикардия с ЧСС 59 в 1 мин. Электрическая ось сердца отклонена влево. Групповая НЖЭ. ГЛЖ. В биохимических анализах крови: глюкоза 7,4 ммоль/л, мочевина 8,18 ммоль/л, креатинин 120,8 мкмоль/л, ОХС 6,5 ммоль/л, триглицериды 3,2 ммоль/л, ХС- ЛВП 0,89 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.

	<p>2. Укажите причины, которые могли затруднить терапию больного.</p> <p>3. Какое обследование необходимо провести больному?</p> <p>4. Какой класс препаратов должен быть обязательно назначен больному?</p> <p>5. Проведите коррекцию терапии..</p> <p>Ответы:</p> <p>1. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет, 2 типа, в стадии субкомпенсации. Гиперлипидемия IIb типа. Ожирение II ст.</p> <p>2. Затруднить терапию может: низкая приверженность к лечению, гиперлипидемия и отсутствие терапии статинами, сопутствующий сахарный диабет.</p> <p>3. УЗИ сонных артерий.</p> <p>4. Статины или фенофибраты (трайкор), учитывая высокий уровень триглицеридов и сниженный уровень липопротеидов высокой плотности.</p> <p>5. Диета, снижение веса. Из медикаментозной терапии целесообразно индапамид 2,5 мг заменить на арифон-ретард 1,5 мг для уменьшения побочных эффектов, бисопролол заменить на карведилол, отменить тромбоАСС, диабетон заменить метформином 1000 мг/сут, верапамил заменить амлодипином 5-10 мг/сут.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7. «Хирургические болезни и основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике»</p>	<p>Ситуационная задача №29</p> <p>Больная 59 лет оперирована по поводу флегмонозного аппендицита, местного серозного перитонита. На 2 сутки после операции по дренажу из брюшной полости - обильное кровотечение. При осмотре: состояние больной средней степени тяжести, PS 110 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны, симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника выслушивается.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз. 2. Возможные причины кровотечения. 3. Тактика врача. 4. Лечение послеоперационного кровотечения. 5. Нуждается ли больная в возмещении кровопотери? Какие критерии для этого? <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутреннее кровотечение. 2. Соскальзывание лигатуры с крупного кровеносного сосуда, кровотечение из нелигированных сосудов, которые не кровоточили во время операции, нарушение свертываемости крови из сосуда, нарушенного гнойно-септическим процессом. 3. Показана срочная операция: ревизия брюшной полости, остановка кровотечения. 4. Холод на живот. В/в р-р лактосола, хлорида кальция, плазма, амионокапроновая кислота 0,9% р-р хлорида натрия, 5% р-р глюкозы до 1,5 л в сутки.

5. Переливание крови требуется только тогда, когда величина кровопотери достигает 1,5 литров (30% ОЦК) «Индекс шока» 1,5 ОЦК 30% (1500мл), а также при PS 120уд/мин, АД 80/... мм рт. ст.

Ситуационная задача №30

Больной 59 лет вызвал участкового врача. Жалобы на боль в правой подвздошной области появилась спустя 7 часов назад после физической нагрузки. Была рвота 2 раза, отмечал ложные позывы на дефекацию. Больной беспокоен, стонет. Из анамнеза выяснено, что 5 лет назад оперирован - аппендэктомия. При осмотре в правой подвздошной области имеется рубец длиной 5 см. В этом же месте опухолевидное образование 5х5см болезненное, невосприимчивое в брюшную полость.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Тактика врача.
3. Можно ли попытаться вправить образование?
4. Каковы признаки невосприимчивой грыжи?
5. Профилактика образования грыжи.

Ответы:

1. Ущемленная послеоперационная вентральная грыжа.
2. Экстренная транспортировка в хирургический стационар.
3. Ручное вправление грыжи противопоказано, т.к. в брюшном мешке может ущемиться брюшина, сальник, стенка кишки, длительное сдавление которых приводит к ишемии и некрозу последних, развитию перитонита.
4. Невосприимчивая грыжа не исчезает при лежании и надавливании, имеет типичную для грыж локализацию, ножка опухоли связана с брюшной полостью. Нередко опухоль увеличивается при натуживании.
5. В послеоперационном периоде ношение бандажа, лечебная физкультура, рассчитанная на укрепление брюшного пресса. Исключить поднятие тяжестей.

Ситуационная задача №31

Больной 45 лет страдает декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка. За последние 6 месяцев похудел на 15 кг. Жалобы на боль в эпигастриальной области, чувство тяжести в верхних отделах живота. Отрыжку с неприятным запахом, рвоту с остатками пищи.

Общий анализ крови: белок 55 г/л, Нв 150 г/л, гематокрит 55%, лейкоциты $7,4 \times 10^9$ /л, К+ плазмы 2,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какие исследования позволят уточнить диагноз и стадию заболевания?
2. Как объяснить изменения со стороны анализа крови?
3. В чем заключается предоперационная подготовка?
4. В каком лечении нуждается больной?
5. Прогноз и профилактика данного заболевания.

Ответы:

1. ЭГДС, биопсия подозрительного участка желудка, рентгенологическое исследование желудка с пассажем бария.

2. Обезвоживанием и гемоконцентрацией.

3. В/в введение белковых препаратов (плазма, альбумин, протеин), аминокислот, коллоидные, кровезаменители, кристаллоидные (р-ры глюкозы, физиологический р-р, лактосол) комплекс витаминов группы В, витамин С, суточная потребность жидкости организма: на 1 кг веса больного вводится 30-50 мл жидкости в сутки.

4. Больной нуждается в оперативном лечении в плановом порядке.

5. Прогноз для жизни благоприятный при соблюдении диеты, режима труда и отдыха. Наблюдение гастроэнтеролога. ЭГДС 1 раз в 6 месяцев. Прием препаратов, снижающих секрецию желудочного сока.

Ситуационная задача №32

К участковому врачу обратился больной 57 лет с жалобой на тошноту, вздутие живота. В анамнезе калькулезный холецистит. Желтухи нет. При осмотре: PS 78 уд/мин, АД 130/70 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом Ортнера, Керра, Щеткина-Блюмберга - отрицательные. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какое обследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Какие изменения, выявляемые при УЗИ брюшной полости, характерны для данной патологии?
4. Тактика врача.
5. Послеоперационное амбулаторное лечение.

Ответы:

1. Водянка желчного пузыря.
2. УЗИ брюшной полости, ЭГДС, биохимический, общий анализ крови, общий анализ мочи.
3. Увеличенный желчный пузырь, истонченные, растянутые стенки пузыря, конкременты в полости пузыря, наличие камня в шейке или протоке пузыря.
4. Госпитализация в хирургическое отделение для оперативного лечения.
5. После выписки из стационара соблюдение диеты, режима питания. Следить за холестерином крови, содержанием жирных кислот в желчи. Санаторно-курортное лечение.

Ситуационная задача №33

В приемное отделение участковой больницы обратился пациент, который, катаясь на лыжах при температуре воздуха -16°C, заблудился и выбрался из леса через 4 часа. Жалуется на сильную боль, чувство жжения в стопах. Объективно: температура тела 36°C. Адекватен. Пульс 66 уд/мин удовлетворительного наполнения. АД 120/60 мм рт.ст. Обе стопы гиперемированы, отечны, пальцы стоп с цианотичным оттенком. На коже пальцев пузыри, наполненные прозрачной жидкостью.

	<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Назовите формы поражения холодом. 3. Назовите периоды отморожения. 4. Когда можно точно определить степень глубины поражения? 5. Где будет лечиться больной? Предполагаемый срок лечения. <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отморожение пальце стоп II степени, реактивный период. 2. Отморожение тканей и общее охлаждение (замерзание). 3. Периоды дореактивный (до согревания ткани), реактивный (после восстановления нормальной температуры тканей и организма). 4. Степень глубины отморожения определяется на 5-6 сутки после развития демаркации и мумификации ткани. 5. В хирургическом отделении больницы, в пределах 2 недель.
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8. «Акушерство и гинекология в общей врачебной практике»</p>	<p>Ситуационная задача №34</p> <p>Больная В. 45 лет. Жалобы на нарушение менструаций: задержки от 10 дней до 2-х месяцев. Из анамнеза: соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает, беременностей 3, из них двое родов без осложнений, один медицинский аборт без осложнений. Р. V. без особенностей.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие клинические анализы необходимы больной? 3. Какие дополнительные исследования показаны? 4. В чем причина нарушений менструального цикла? 5. Что рекомендовать женщине? <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пременопаузальный период. Нарушение менструаций. 2. Клинический анализ крови, мочи, влагалищного мазка. 3. УЗИ половых органов, биопсия эндометрия по показаниям (при наличии гиперпластических процессов в эндометрии, повторяющихся маточных кровотечениях). 4. Стареет гипоталамус и нарушается цирхоральный выброс люлиберинов. 5. При отсутствии противопоказаний можно назначить гормональные препараты, нормализующие менструальный цикл. <p>Ситуационная задача №35</p> <p>Девушка 17 лет. Жалобы на отсутствие менструаций. Соматически здорова, пониженного питания (вес 43 кг при росте 156 см), профессиональная спортсменка. Р. V. Наружные половые органы развиты правильно, virga.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие клинические анализы необходимы? 3. Какие дополнительные исследования показаны? 4. В чем причина отсутствия менструаций? 5. Что рекомендовать девушке? <p>Ответы:</p>

1. Запоздалое половое созревание на фоне пониженной массы тела.
2. Клинический анализ крови и мочи.
3. УЗИ половых органов, биохимический анализ крови на ФСГ, ЛГ, эстрогены, прогестерон, пролактин (при необходимости рентгенологическое исследование области турецкого седла и кариотип).
4. Пониженная масса тела и повышенные физические нагрузки.
5. Начинать лечение с восстановления массы тела и снижения физических нагрузок, в последующем решить вопрос о гормональной терапии.

Ситуационная задача №36

Девушка 15 лет. Жалобы на боли внизу живота, усиливающиеся один раз в месяц, менструаций не было. Живот несколько вздут, болезнен при пальпации в нижних отделах, над лоном пальпируется опухолевидное образование, болезненное. P. V. virga. Девственная плева багрово-синюшного цвета, пролабирует.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. К какой группе заболеваний относится данная патология?
3. Чем опасно длительно не обращаться к врачу при данной патологии?
4. Метод лечения.
5. Объем консервативного лечения.

Ответы:

1. Атрезия девственной плевы. Гематометра, гематокольпос.
2. Аномалии развития типа blastopatii.
3. Деструктивными изменениями матки и придатков.
4. Крестообразное рассечение гимена, введение во влагалище дренажа, в случае запущенного процесса экстирпация матки.
5. Противовоспалительная, рассасывающая, дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия.

Ситуационная задача №37

Женщина в возрасте 29 лет обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение трех лет регулярной половой жизни. Менструации с 14 лет были регулярные, в течение последнего года стали не регулярные. При осмотре установлено, что телосложение правильное, молочные железы хорошо развиты, при надавливании на сосок выделяется молоко.

P. V. Оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно, влагалище не рожавшей, шейка матки коническая, зев закрыт, матка нормальных размеров, придатки не пальпируются, своды свободные, глубокие.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Причина бесплодия.
3. Методы обследования.
4. Методы лечения.
5. Прогноз заболевания.

Ответы:

	<p>1. Гиперпролактинемия? Первичное бесплодие. 2. Гиперпролактинемия, пролактин связывает рецепторы эстрогенов на яичниках. 3.Общеклинические, исследование гормонов (пролактин, эстрогены), МРТ области турецкого седла. 4.Антагонисты пролактина: каббеголин, достинекс, парлодел. 5.Если нет макропролактиномы, прогноз благоприятный.</p> <p>Ситуационная задача №38 У девушки 15 лет началось обильное маточное кровотечение после задержки 3 месяца. Менструации наступили в 12,5 лет. Половой жизнью не живет. Соматические здорова. Рост 158 см, вес 58 кг. P.V. virga.</p> <p>Вопросы: 1.Предположительный диагноз. 2.Какие клинические анализы необходимы?. 3.Какие дополнительные исследования показаны?. 4.В чем причина задержки менструации? 5.План лечения.</p> <p>Ответы: 1. Ювенильное маточное кровотечение. 2. Клинические анализы крови и мочи. 3.УЗИ половых органов, биохимический анализ крови на ФСГ, ЛГ, эстрогены, прогестерон, пролактин (при необходимости рентгенологическое исследование области турецкого седла и кариотип). 4.Ановуляторный цикл, персистенция фолликула, организм длительно находится под воздействием эстрогенов, нет секреторной фазы, нет полноценного отторжения эндометрия. 5.Остановить кровотечение, по завершению обследования решить вопрос о методе лечения.</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9. «Педиатрия в общей врачебной практике»</p>	<p>Ситуационная задача №39 Ребенок 3,5 месяцев при контрольном взвешивании высасывает 130 мл. Составить суточный рацион питания. Масса при рождении 3 кг 200 г.</p> <p>Вопросы: 1. Каков суточный объем питания у ребенка данного возраста? 2. На каком виде вскармливания должен находиться данный ребенок? 3. Какую смесь рекомендовать в качестве докорма? 4. Какова кратность кормлений при этом виде вскармливания? 5.Перечислите причины перевода на смешанное вскармливание.</p> <p>Ответы: 1. Суточный объем питания 930 мл. 2. Смешанное вскармливание. 3. Адаптированную молочную смесь. 4. Кратность кормлений 6 раз. 5. Гипогалактия, социальные причины.</p> <p>Ситуационная задача №40</p>

Ребенку 6,5 месяцев, на естественном вскармливании. Масса при рождении 3 кг.

Вопросы:

1. Какова кратность кормления данного ребенка на естественном вскармливании?
2. Каков суточный объем питания у ребенка данного возраста?
3. Какова потребность в белках у ребенка 6,5 месяцев на естественном вскармливании?
4. Какова потребность в жирах у ребенка 6,5 месяцев на естественном вскармливании?
5. Какова потребность в углеводах у ребенка 6,5 месяцев на естественном вскармливании?

Ответы:

1. Кратность кормлений 5 раз.
2. Суточный объем питания 1 л 150 мл.
3. Долженствующие потребности в белках – 2,5 г/кг.
4. Долженствующие потребности в жирах – 6-6,5 г/кг.
5. Долженствующие потребности в углеводах – 13 г/кг.

Ситуационная задача №41

Мальчик родился с массой 3500, длина тела 54 см. В настоящее время ему 4,5 месяца; масса тела 7000, длина тела 66 см.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребенка при рождении.
2. Оцените физическое развитие ребенка при осмотре.
3. Дайте определение понятию физического развития.
4. Каковы темпы прироста массы тела в первый месяц?
5. Дайте определение индексу Тура.

Ответы:

1. Физическое развитие соответствует возрасту.
2. Физическое развитие соответствует возрасту.
3. Под термином «физическое развитие ребёнка» понимают динамический процесс роста (увеличение длины, массы, отдельных частей тела) в разные периоды детства.
4. Средняя прибавка массы тела составляет 600 г.
5. Индекс Тура: Окр. головы - окр. груди равен при рождении +2 см., в 3 мес. - 0 см.

Ситуационная задача №42

В настоящее время возраст ребенка 5 лет; масса тела 19 кг, длина 100 см, окружность головы 50 см, окружность грудной клетки 55,5 см. При рождении масса тела составляла 3500 г, длина тела 52 см, окружность головы 36 см, окружность грудной клетки 34 см.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребенка при рождении.
2. Оцените физическое развитие ребенка при осмотре.
3. Каковы темпы прироста массы тела у ребенка до 5 лет?
4. Для какого возрастного периода характерно первое физиологическое вытяжение?
5. К какому возрастному периоду относится ребенок в возрасте 5 лет?

Ответы:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Физическое развитие соответствует возрасту. 2. Ухудшение физического развития за счет задержки роста. 3. Масса тела ребенка в 5 лет равна 19 кг. На каждый год до 5 лет вычитается 2 кг. 4. Дошкольный период. 5. Дошкольный период. <p>Ситуационная задача №43</p> <p>Ребенок во время осмотра: хватает, хотя и неуклюже, предметы, поворачивается к игрушке, пытается отстраниться от болевых раздражений, различает лица, отличает близких от чужих. Гулит, переворачивается с живота на спину и обратно.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите возраст ребенка. 2. К какому периоду детства относится этот возраст? 3. Как проверяется хватательный рефлекс? 4. В каком возрасте исчезает хватательный рефлекс? 5. В каком возрасте начинают развиваться целенаправленные движения рук? <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 4-5 месяцев. 2. Грудной возраст. 3. Этот рефлекс состоит в схватывании и прочном удержании пальцев, вложенных в ладонь ребенка. 4. Исчезает на 2-4 месяце жизни. 5. С 3-3,5 месяцев.
<p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10. «Неврология и психиатрия в общей врачебной практике»</p>	<p>Ситуационная задача №44</p> <p>Больной Б., 68 лет. Последние два года появился шум в голове, головокружение, периодические несильные головные боли, нарушение памяти, внимания, снизилась физическая и особенно умственная работоспособность. Стал раздражительным.</p> <p>Сегодня утром, проснувшись, почувствовал слабость и онемение в правой руке и правой ноге. В течение нескольких часов слабость в них нарастала и активные движения полностью исчезли. Одновременно развивалось нарушение речи: слова окружающих понимает хорошо, а сам ничего сказать не может. Больной госпитализирован.</p> <p>Объективно: сознание ясное, АД 105/60 мм рт.ст., пульс 78 ударов в мин.; опущен правый угол рта, язык отклоняется вправо, отсутствуют активные движения в правых конечностях, сухожильные рефлексы с правых конечностей высокие, патологические кистевые и стопные знаки справа; снижение чувствительности в правой половине туловища (гемипарестезия); афазия (?).</p> <p>Данные лабораторных исследований: общий анализ крови без особенностей, повышен протромбиновый индекс. Ликвор: бесцветный, прозрачный, вытекает со скоростью 60 капель в мин., содержание хлоридов и белка в норме.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой вид афазии наблюдается у больного?

2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Подтвердите диагноз данными лабораторных исследований.
4. Назовите приоритетные и потенциальные проблемы пациента.
5. Определите объем неотложного лечения и ухода.

Ответы:

1. Состояние, когда больной понимает речь окружающих, а сам утрачивает способность говорить, называется моторной афазией.
2. Отсутствие общемозгового синдрома и постепенное развитие очагового синдрома в течение нескольких часов на фоне нормального или пониженного АД свидетельствует о наличии острого нарушения мозгового кровообращения по типу ишемического тромботического инсульта (инфаркта мозга).
3. Отсутствие изменений в ликворе и наличие повышенного протромбинового индекса в крови подтверждает диагноз ишемического инсульта тромботического генеза.
4. Приоритетные проблемы пациента: ограничение самообслуживания, нарушение речевого контакта с окружающими
Потенциальные проблемы: риск развития гипостатической пневмонии, формирования пролежней и контрактур в парализованных конечностях.
5. Необходимо организовать: общий гигиенический уход; адекватное общение с пациентом, учитывая моторную афазия; профилактику развития пневмонии; профилактику формирования пролежней; профилактику формирования контрактур в парализованных конечностях.

Ситуационная задача №45

Больной Г., 41 год. Поступил в неврологическое отделение с отсутствием речи и активных движений в правых конечностях.

Со слов родственников заболел три недели назад, лечился в поликлинике по поводу гипертонической болезни. Два дня назад на фоне гипертонического криза «отнялись» речь, правая рука и нога. Год назад отмечалось подобное нарушение движений в конечностях, но тогда активные движения восстановились на второй день.

Объективно: сознание ясное, АД 180/100 мм рт.ст., пульс 70 ударов в мин.; не говорит, речь окружающих людей не понимает; правые конечности падают как плети, правосторонняя гиперрефлексия, патологические кистевые и стопные рефлексы справа.

Ликвор: прозрачный, бесцветный, вытекает со скоростью 60 капель в мин, содержание белка и хлоридов в норме.

Вопросы:

1. Какой вид расстройства речи у больного?
2. Обоснуйте диагноз, подтвержденный данными исследования ликвора.
3. Назовите приоритетные и потенциальные проблемы пациента.
4. Определите объем неотложного лечения.

Ответы:

1. Состояние, когда больной не говорит и не понимает речь окружающих людей, называется сенсорной и моторной афазией.

2. Отсутствие общемозгового синдрома и развитие очаговой симптоматики на фоне гипертонического криза свидетельствует об остром нарушении мозгового кровообращения. Отсутствие в ликворе примеси крови свидетельствует об ишемическом характере процесса, т.е. об инфаркте мозга.

3. Приоритетные проблемы пациента: полное отсутствие речевого контакта с окружающими, ограничение самообслуживания в связи с параличом правых конечностей. Потенциальные проблемы: риск развития пролежней, риск развития гипостатической пневмонии, риск формирования контрактур в парализованных конечностях.

4. Необходима стабилизация АД – назначение гипотензивных препаратов, улучшение мозгового кровообращения – сосудистая терапия, нормализация обменных процессов в мозге – ноотропные препараты.

Ситуационная задача №46

Больной Д., 35 лет, грузчик. Во время работы внезапно почувствовал сильную боль в голове, шум в ушах, появилась рвота, потерял сознание, был общий судорожный припадок с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Госпитализирован в больницу.

Объективно: возбужден, пытается встать с постели, дезориентирован; АД 180/110 мм рт. ст., ЧСС – 52 ударов в мин., температура 38 С; выражена ригидность мышц затылка, симптом Кернига и Брудзинского.

Ликвор: вытекает со скоростью 100 капель в минуту; красного цвета, повышено содержание белка.

Вопросы:

1. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
2. Назовите приоритетные и потенциальные проблемы пациента.
3. Определите объем неотложного лечения.
4. Какой прогноз для жизни и трудоспособности?

Ответы:

1. Острое начало заболевания на фоне физической нагрузки, сопровождающееся развитием общемозгового и менингеального синдромов, свидетельствует об остром нарушении мозгового кровообращения геморрагического характера – субарахноидальном кровоизлиянии.

2. Приоритетные проблемы пациента: гиперестезия, рвота, головная боль, судорожные припадки. Потенциальные проблемы: риск развития гипостатической пневмонии, риск развития пролежней, повторное кровоизлияние.

3. Пациенту необходим строгий постельный режим в течение 21 дня, мероприятия, направленные на остановку кровотечения (холод к голове, кровоостанавливающие средства), профилактика отека мозга (дегидратационная терапия). Для решения вопроса о хирургическом лечении – консультация нейрохирурга.

4. Благоприятный, при условии хирургического лечения сосудистой аневризмы головного мозга. Беременным женщинам, имеющим в анамнезе субарахноидальное кровоизлияние, роды проводятся с исключением потужного периода.

	<p>Ситуационная задача №47</p> <p>В приемный покой многопрофильной больницы самостоятельно обратился гражданин К. с просьбой оказать ему помощь и укрыть от преследователей. Сообщил, что уже около года замечает за собой слежку. В его отсутствие в квартире установили подслушивающие устройства особой конструкции, способные не только записывать его разговоры, но и мысли. Испытывает тревогу, напряжен, подозрительно осматривается по сторонам. Сегодня, спасаясь от преследователей, спустился по водосточной трубе с 4-го этажа, поранил руки, подвернул ногу и на такси приехал в больницу. Не может объяснить мотивы преследования, считает, что "они ошиблись, меня приняли за кого-то другого". Разубеждению не поддается, просит вызвать милицию или прокурора.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тактика дежурного врача приемного покоя. 2. Какие психотропные препараты целесообразно использовать в лечении психической патологии у данного больного? <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оказать первую помощь и вызвать «Скорую психиатрическую помощь». 2. Нейролептики с антипсихотическим эффектом. <p>Ситуационная задача №48</p> <p>При осмотре на третий день после операции ущемленной грыжи у больного поднялась температура, выявлен лейкоцитоз и ускорение СОЭ. Стал беспокоен, суетлив. В беседе часто отвлекается, в окружающей обстановке ориентировка нарушена. Часто вскакивает с постели, что-то ищет под подушкой, заглядывает под кровать, копается в постельном белье, шарит рукой по стене, пытаясь поймать воображаемых насекомых. Порой испуганно озирается, разговаривает сам с собой.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите предположительный диагноз. 2. Квалифицируйте синдром. <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Соматогенный психоз. 2. Делириозный синдром.
<p>Б 1.Б.6.11 Раздел 11. «Профессиональные болезни в общей врачебной практике»</p>	<p>Ситуационная задача №49</p> <p>Пациент Н. 39 лет обратился к врачу с жалобами на одышку при больших физических напряжениях, непостоянный сухой кашель, периодические колющие боли в грудной клетке. 10 лет работает проходчиком на подземных выработках. На рентгенограмме органов грудной клетки выявлено диффузное двустороннее усиление и деформация легочного рисунка, умеренное изменение и уплотнение структуры корней. Определяется небольшое количество мелкопятнистых теней средней интенсивности размером от 1 до 2 мм, расположенных преимущественно в нижних и средних отделах легких.</p>

Вопросы:

1. Какие вредные факторы характерны для работы на подземных выработках?
2. Предварительный диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Тактика врача общей практики.
5. Врач какой специальности имеет право впервые установить диагноз хронического профессионального заболевания?

Ответы:

1. Мелкодисперсная минеральная пыль, шум.
2. Пневмокониоз, более вероятно, I стадии.
3. С туберкулезом легких.
4. Направление на консультацию к врачу-профпатологу
5. Врач-профпатолог, работающий в специализированном профпатологическом лечебно-профилактическом учреждении.

Ситуационная задача №50

Пациентка Л., 29 лет, 3 года работает парикмахером. Обратилась к врачу с жалобами на приступы удушья на работе во время окраски волос в темные цвета. Дома, в выходные дни и отпускной период приступы удушья не возникают. На момент осмотра патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
3. Какой документ может подтвердить связь данного заболевания с профессией пациентки?
4. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Врач какой специальности имеет право впервые установить диагноз хронического профессионального заболевания?

Ответы:

1. Не исключается профессиональная бронхиальная астма.
2. С бронхиальной астмой непрофессиональной этиологии.
3. Заключение профпатолога или специализированного центра профессиональной патологии.
4. Определение общего и специфического IgE, обследование у аллерголога, проведение кожных проб.
5. Врач-профпатолог.

Ситуационная задача №51

Пациент 40 лет обратился с жалобами на выраженную одышку, озноб, кашель со скудной мокротой иногда с прожилками крови, лихорадку. Впервые несколько дней работал на заготовке сенажа. На момент осмотра: цианоз видимых слизистых оболочек и кожных покровов. В легких прослушивается крепитация. Патологии других внутренних органов не выявлено. На рентгенограммах картина мелкосетчатого фиброза с диссеминированными узелковыми тенями, расположенными преимущественно в средних и нижних отделах легких.

Вопросы:

	<p>1. Предварительный диагноз? 2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика? 3. Какие вредные факторы воздействуют на организм при заготовке сена? 4. Какими препаратами наиболее эффективно лечение данного заболевания? 5. Экспертиза трудоспособности.</p> <p>Ответы:</p> <p>1. Экзогенный аллергический альвеолит («легкое фермера»).</p> <p>2. С туберкулезом легких.</p> <p>3. Пыль гниющих растений.</p> <p>4. Глюкокортикостероидами.</p> <p>5. Временно нетрудоспособен.</p> <p>Ситуационная задача №52</p> <p>Пациент 49 лет 15 лет работал шахтером. В связи установлением диагноза силикоз II стадии был трудоустроен на работу по программному обеспечению оргтехники. Последние полгода отмечает повышенную утомляемость, потливость, особенно в ночное время, ухудшение аппетита, похудание, усиление кашля и увеличение количества мокроты, субфебрильную температуру. После консультации у фтизиатра диагностирован инфильтративный туберкулез с локализацией в верхних долях легких и назначено лечение противотуберкулезными препаратами.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Может ли туберкулез легких быть осложнением силикоза? 2. Как часто силикоз осложняется туберкулезом? 3. Проведите экспертизу трудоспособности. 4. Меры профилактики силикозов. 5. Врач какой специальности имеет право впервые установить диагноз хронического профессионального заболевания?</p> <p>Ответы:</p> <p>1. Да. 2. Туберкулез легких является частым осложнением силикоза. 3. Временно нетрудоспособен. 4. Предварительные и периодические медицинские осмотры. 5. Врач-профпатолог.</p>
<p>Б 1.Б.6.12 Раздел 12. «Болезни уха, горла и носа в общей врачебной практике»</p>	<p>Ситуационная задача №53</p> <p>Больной Н., 19 лет, поступил в ЛОР-стационар с жалобами на затруднение носового дыхания, обоняния, гнойные выделения из носа и температуру, доходящую до 38,9°. Болен 5 дней. Риноскопия: резкий отёк слизистой оболочки левой половины носа; средняя и нижняя носовые раковины прилегают к носовой перегородке, в левой половине носа и носоглотке обильное количество гноя. На обзорной R-гр нарушена пневматизация левой лобной пазухи, клеток решетчатого лабиринта, левой верхнечелюстной пазухи.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Предполагаемый диагноз.</p>

2. План лечения больного.

Ответы:

1. Острый гнойный левосторонний гемисинусит.
2. Системная антибактериальная терапия аминопенициллинами, деконгестанты (местные и системные), антигистаминные препараты, местная антибактериальная терапия, муко- и секретолитики, противовоспалительная терапия, физиолечение в стадии долечивания. При необходимости пункции верхнечелюстной пазухи.

Ситуационная задача №54

Больной 40 лет почти ежегодно отмечает ангины с высокой температурой, с длительным последующим субфебрилитетом. Находится на диспансерном учете по поводу ревматоидного артрита, последнее обострение которого отмечено после перенесенной ангины.

При фарингоскопии тонзиллярные дужки инфильтрированы, слегка отечны в верхних отделах, спаяны с миндалинами. Миндалины рубцово изменены, лакуны их зияют, при надавливании из лакун выделяется гнойно-казеозное содержимое. Подчелюстные лимфоузлы чувствительны при пальпации, увеличены. Другие ЛОР-органы без особенностей.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика?

Ответы:

1. Хронический тонзиллит, токсико-аллергическая форма II ст.
2. Показано хирургическое лечение – двусторонняя тонзиллэктомия. После операции следует провести курс противорецидивного лечения по поводу ревматоидного артрита.

Ситуационная задача №55

У больной 63 лет жалобы на затруднение дыхания. Болен около 2-х лет. В последние три месяца присоединилось затруднение дыхания и болезненность в горле при глотании с иррадиацией в левое ухо.

В гортани бугристое образование, занимающее левую голосовую складку с переходом через переднюю комиссуру на правую. Левая половина гортани резко ограничена в подвижности. Голосовая щель значительно сужена. При физической нагрузке (ходьбе) появляется одышка и втяжение надключичных и яремных ямок. Регионарные лимфоузлы шеи не увеличены. Число дыханий 15 в I мин.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие исследования необходимы?
3. Методы лечения.

Ответы:

1. Рак гортани T2N0M0.
2. Биопсия.

	<p>3. Горизонтальная резекция гортани с последующей лучевой терапией</p> <p>Ситуационная задача №56</p> <p>У больного 30 лет жалобы на пульсирующую боль в левом ухе, гноетечение из него, снижение слуха слева. Болен в течение двух недель. После переохлаждения появилась заложенность в ухе, затем сильные боли в нем и гноетечение. Температура поднялась до 39 С. С появлением гнойного отделяемого из левого уха боли стихли, температура снизилась, однако обильные слизисто-гнойные выделения из уха продолжали беспокоить, ощущение боли распространялось на заушную область. АС - слизисто-гнойное отделяемое в слуховом проходе, барабанная перепонка красного цвета, инфильтрирована, с перфорацией в задненижнем квадранте. Припухлость области верхушки сосцевидного отростка, ее болезненность при пальпации. На рентгенограмме височных костей - затемнение клеток сосцевидного отростка, антрума.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Предполагаемый диагноз? 2.Какое лечение необходимо? <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый средний отит слева, мастоидит. 2. Антибиотикотерапия (максимальные дозы); сосудосуживающие капли в нос; туалет уха с 2% раствором перекиси водорода, транстимпанальное нагнетание лекарственных веществ; кварц тубус + УВЧ на левое ухо; при отсутствии положительной динамики - хирургическое лечение - антромастоидотомия.
<p>Б 1.Б.6.13 Раздел 13. «Болезни глаз в общей врачебной практике»</p>	<p>Ситуационная задача №57</p> <p>Больная Б., 55 лет, обратилась к окулисту с жалобами на периодические боли в обоих глазах, появление тумана и радужных кругов при взгляде на источник света, особенно при наклонах головы. Впервые подобные ощущения заметила 1,5 года назад, но в последние месяцы они стали более частыми. Объективно: острота зрения правого глаза = 0,3 sph + 1,5^D = 0,5; TOD = 35 мм рт.ст.; острота зрения левого глаза = 0,7 sph + 1,0 = 1,0; TOS = 34 мм рт.ст. Глаза спокойные, имеется расширение передних цилиарных сосудов. Передняя камера мелкая. Радужка субатрофична. Зрачок 4 мм, круглый, вяло реагирует на свет. Рефлекс с глазного дна розовый. Справа имеется краевая экскавация с перегибом сосудов по краю диска, слева – сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону. Макулярная зона и периферия сетчатки без патологии. Поле зрения правого глаза сужено в верхненосовом квадранте до 25°, слева – в пределах нормы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Диагноз? 2.Лечебные мероприятия. <p>Ответы:</p>

1. Диагноз: первичная закрытоугольная развитая глаукома правого глаза с высоким внутриглазным давлением, первичная закрытоугольная начальная глаукома левого глаза с высоким внутриглазным давлением, гиперметропия слабой степени обоих глаз.

2. Осуществляют подбор гипотензивных препаратов. При отсутствии нормализации уровня внутриглазного давления – оперативное лечение.

Ситуационная задача №58

Пациентка С., 18 лет, жалуется на низкое зрение обоих глаз. Несколько раз обращалась к окулисту, но подобрать очки не могут. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,3 со сферическим стеклом – 1,25 дптр. = 1,0. Острота зрения левого глаза = 0,04 со сферическим стеклом – 5,5 дптр. = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно правого глаза в норме. Слева вокруг диска миопический конус. При назначении очковой коррекции возникают боли в глазах и неприятные ощущения.

Вопросы:

1. Назовите причину астигматизма.
2. Как помочь пациентке?

Ответы:

1. У пациентки анизометропия, сопровождающаяся астигматизмом.
2. Полная очковая коррекция невозможно. Можно использовать очки: для правого глаза – 1,25 Д, а для левого –3,25 Д. При недостаточности эффекта рекомендовать контактную коррекцию или рефракционную хирургию.

Ситуационная задача №59

Инженер Г., 51-го года, обратился к окулисту с жалобами на усталость, боли в глазах, их покраснение в вечернее время, особенно после длительной работы с чертежами. В это время отмечает невозможность работы с мелкими предметами на близком расстоянии: контуры их расплываются. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Лечебные мероприятия.

Ответы:

1. У пациента пресбиопия.
2. Необходима очковая коррекция для работы на близком расстоянии собирательными линзами +2,0 Д.

Ситуационная задача №60

Больной Ж., 16-ти лет, жалуется на низкое зрение обоих глаз, более выраженное справа. Заметил это около недели назад, после перенесенного гриппа. Раньше на снижение зрения не обращал внимания. Объективно. Глаза спокойные. Острота зрения правого глаза = 0,6 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,9 (не корр.). Передние отрезки без видимых изменений. В проходящем свете на

	<p>фоне красного рефлекса с глазного дна видны черные точки, расположенные по центру зрачка. Глазное дно в норме.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дополнительные исследования. 2. Возможный диагноз. 3. Лечение. <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Больного нужно обследовать в условиях расширенного зрачка. При проведении биомикроскопии уточняют положение имеющихся помутнений в хрусталике. 2. Диагноз – врожденная полярная катаракта. 3. Возможно хирургическое лечение катаракты правого глаза – факоэмульсификация с имплантацией мультифокальной или аккомодирующей интраокулярной линзы.
<p>Б 1.Б.6.14 Раздел 14. «Болезни кожи и ИПП в общей врачебной практике»</p>	<p>Ситуационная задача №61</p> <p>На консультацию к дерматологу направлена больная 76 лет, пенсионерка, с жалобами на затвердение кожи в области переносицы, незначительный зуд в этой области. Считает себя больной около 2,5 лет, когда впервые на коже переносицы появился «прыщик» размером с просяное зерно. Больная попыталась его выдавить, но безуспешно. «Прыщик» постепенно увеличивался, беспокоя незначительным зудом. Через некоторой время в центре появилась кровотокающая эрозия. Лечилась сама, прижигала эрозию настойкой йода и бриллиантовой зеленью. Обратилась к дерматологу.</p> <p>На коже переносицы овальной формы плотное на ощупь образование размером 0,5 x 1,0 см с геморрагической корочкой в центре и «жемчужными» возвышающимися краями. Воспаления окружающей здоровой кожи нет. При пальпации болезненности нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз. 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный патологический процесс? 3. Какие дополнительные исследования следует провести для установления диагноза? 4. Методы лечения. <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Базалиома. 2. С эпителиомой. 3. Гистологическое исследование. 4. Хирургическое иссечение, радиотерапия. <p>Ситуационная задача №62</p> <p>К дерматологу обратился М. 29 лет с жалобами на обильное выпадение перхоти, образованием желтоватых чешуек, корок, зуд пораженных участков кожи головы. После мытья голова быстро становится жирной (за сутки). Голову моет 2-3 раза в неделю. Других лечебных мероприятий не проводил.</p> <p>Вопросы:</p>

- 1.Предварительный диагноз.
- 2.Патогенез данного заболевания.
- 3.Лечение.

Ответы:

1. Себорея волосистой части головы.
2. В развитии жидкой себореи ведущую роль играют функциональные расстройства вегетативной нервной системы. Нарушение секреции сальных желез при этой форме себореи характеризуется главным образом увеличением количества выделяемого кожного сала и в меньшей степени качественными его изменениями. Последние выражаются в снижении количества свободных низших жирных кислот с числом углеродных атомов в цепи, обладающих, как предполагают, фунгицидными и бактерицидными свойствами, и в увеличении количества свободных высших жирных кислот.
3. В случае поражения волосистой части головы прописываются шампуни с содержанием дегтя, цинка, салициловой кислоты и кетоконазола. Применение должно производиться не реже двух раз в неделю до окончательной ликвидации себореи, притом не менее месяца. После излечения рекомендуется профилактическое использование шампуня не реже одного раза в две недели. Возможно размягчение чешуек с помощью масел и применении кетоконазолового шампуня.

Ситуационная задача №63

В кожно-венерологический диспансер доставлен мужчина 43 лет с жалобами на повышение температуры тела до 39 градусов, головную боль, слабость. При осмотре было выявлен некроз полового члена, сопровождающийся зловонным запахом. Из анамнеза известно, что мужчина нигде не работает, ведет аморальный образ жизни, злоупотребляет алкоголем, ведет беспорядочную половую жизнь. Некоторое время назад он обнаружил у себя на половом члене язвочку, но в больницу не обращался. Через 3 дня появилась температура до 39 градусов, головная боль, слабость, язва почернела и расплзлась по поверхности полового члена. Больной вызвал скорую помощь и доставлен в диспансер.

Вопросы:

- 1.Предполагаемый диагноз.
- 2.Какие исследования необходимо провести?
- 3.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный патологический процесс?

Ответы:

1. Сифилис первичный, фagedенизм.
2. РВ, ИФА, конфронтация.
3. Рак, язвенная пиодермия, шанкриформная пиодермия.

Ситуационная задача №64

Женщина 26 лет, замужем. Есть дочь 2 лет. Обратилась к гинекологу с жалобами на обильные выделения, зуд наружных половых органов, жжение при мочеиспускании. При объективном осмотре: малые половые губы и слизистая влагалища

	<p>гиперемированы, отделяемое из влагалища беловато-серого цвета, имеет характерный пенистый характер. При микроскопии мазка из влагалища были обнаружены трихомонады.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Предполагаемый диагноз. 2.Лечение. 3.Рекомендации и требования к членам семьи. <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Свежий острый трихомонадный кольпит. 2. Метронидазол, орнидазол. 3. Обследование дочери и мужа, личная гигиена.
<p>Б 1.Б.6.15 Раздел 15. «Болезни зубов, слизистой полости рта и языка в общей врачебной практике»</p>	<p>Ситуационная задача №65</p> <p>В клинику стоматологии обратилась больная Б., 18 лет с жалобами на наличие светло-коричневых пятен на резцах верхней и нижней челюстей. Поверхность пятен гладкая, эмаль блестящая. Из анамнеза известно, что с 3 до 7 лет больная проживала в местности с содержанием фтора в воде 2,5 мг/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Диагноз? 2.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? 3.Лечение 4. Меры профилактики при данной патологии. 5.Что явилось причиной развития заболевания? <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Флюороз, пятнистая форма. 2.С меловидно-крапчатой формой флюороза, пятнистой формой гипоплазии, кариесом в стадии пятна. 3. Общая и местная реминерализующая терапия. Реставрация композитами. 4.Очистка воды, замена питьевого водопровода, исключение искусственного вскармливания детей, вывоз детей. 5. Избыточное поступление фтора в организм человека с питьевой водой. <p>Ситуационная задача №66</p> <p>Больной С., 34 лет обратился к стоматологу с жалобами на боль в 15 зубе при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад.</p> <p>Объективно: на жевательной поверхности 15 зуба глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Диагноз? 2.Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз? 3.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Глубокий кариес. 2.Электроодонтодиагностика, рентгенография.

3. С острыми и хроническими формами пульпита, со средним кариесом.

Ситуационная задача №67

Больной Н., 39 лет обратился к стоматологу с жалобами на самопроизвольные ночные приступообразные боли в 23 зубе. Болевые приступы продолжаются 10-15 минут, безболевые промежутки – 1,5-2 часа. Боли иррадиируют в подглазничную область. 23 зуб ранее не лечен. Боли в течение 2 суток.

Объективно: на апроксимально-дистальной поверхности 23 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта. Дно кариозной полости размягчено, в области рога просвечивает пульпа. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Холодная вода вызывает болевой приступ.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие методы лечения можно применить?

Ответы:

1. Острый диффузный пульпит.
2. С острым очаговым пульпитом, обострением хронических форм пульпита, острым верхушечным периодонтитом, папиллитом, невралгией тройничного нерва, альвеолитом и острым гайморитом.
3. Витальная экстирпация, девитальная экстирпация.

Ситуационная задача №68

Больной Ч., 42 лет обратился к стоматологу с жалобами на боль в 36 зубе, усиливающуюся при накусывании на зуб. 36 зуб ранее лечен по поводу кариеса, после выпадения пломбы к врачу не обращался. В течение последних 2 дней появились ноющие боли постоянного характера.

Объективно: незначительная асимметрия лица за счет отека мягких тканей левой щечной области. На жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. При перкуссии резкая боль. Слизистая оболочка переходной складки в области 36 зуба гиперемирована, отечна.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие методы лечения можно применить?

Ответы:

1. Острый гнойный периодонтит.
2. С острым серозным периодонтитом, обострением хронического периодонтита, острым гнойным периоститом.
3. Обработка корневых каналов, антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства, гипосенсибилизирующие препараты.

Б 1.Б.6.16 Раздел 16.
«Онкология в общей
врачебной практике»

Ситуационная задача №69

В стационар поступила больная К., 70 лет, с жалобами на запоры, слабость, похудание на 8 кг за последние 3 месяца. При осмотре: кожные покровы бледные, язык влажный умеренно вздут, мягкий, болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется опухолевидное образование 7×6 см, плотное, болезненное, бугристое, плохо смещаемое. Перитонеальных симптомов нет. При пальцевом ректальном исследовании стенки прямой кишки безболезненные, на перчатке кал с примесью темной крови. Нб 90 г/л, эритроциты – $2,6 \times 10^{12}/л$.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие диагностические методы исследования необходимы?
3. Как верифицировать диагноз?
4. Возможные осложнения этого заболевания.
5. Лечение.

Ответы:

1. Опухоль сигмовидной кишки, кишечное кровотечение.
2. Ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, УЗИ органов брюшной полости.
3. Верификация диагноза осуществляется с помощью гистологического исследования.
4. Кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость.
5. Радикальная операция – резекция сигмовидной кишки, паллиативная операция – выведение сигмостомы.

Ситуационная задача №70

В поликлинику обратился пациент А., 38 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в надключичной области справа, существующего в течение 3 лет. В последнее время отметил увеличение этого образования в размерах, боли в области этого образования.

При осмотре: в правой надключичной области опухолевидное образование 5×6 см, плотноэластической консистенции, подвижное, не спаянное с кожей, безболезненное. Кожа над ним не изменена. Надключичные, шейные лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7%. Нб 126 г/л, L- $8,0 \times 10^9/л$.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Необходимы ли диагностические методы исследования необходимы?
3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Присутствует ли при данной патологии симптом малых признаков Савицкого?
5. Методы лечения.

Ответы:

1. Липома правой надключичной области.
2. Рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, пункционная биопсия.
3. Метастатическое поражение, туберкулез лимфоузлов, киста надключичной области.

4.Нет, синдром Савицкого: слабость, утомляемость, нарушение сна, потеря аппетита, похудание.

5.Лечение хирургическое: под местной инфильтрационной анестезией 0,5% р-ром новокаина удаление липомы.

Ситуационная задача №71

Больной Т., 51 года, обратился к хирургу с жалобами на задержку прохождения твердой пищи по пищеводу в течение 2 месяцев, боли за грудиной, изжогу, тошноту. В последний месяц отмечает снижение веса на 8 кг. слабость, утомляемость. Объективно - кожные покровы бледные, тургор кожи снижен, определяются увеличенные надключичные лимфоузлы, плотноэластической консистенции. В лабораторных анализах - повышение СОЭ до 56 мм/ч.

Вопросы:

- 1.Предположительный диагноз.
- 2.Дополнительные методы исследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Оптимальные методы лечения при данной патологии.
- 5.Отдаленный прогноз.

Ответы:

- 1.Рак пищевода.
- 2.Рентгеноскопия и рентгенография пищевода, эзофагоскопия с биопсией и цитологическим исследованием.
- 3.Рубцовые сужения, ахалазия пищевода, дивертикул пищевода, острый эзофагит.
- 4.Хирургическое при ранних стадиях, комбинированное - при распространенном процессе.
- 5.Неблагоприятный.

Ситуационная задача №72

Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 иа5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области - единичный плотный лимфатический узел.

Вопросы:

- 1.Предположительный диагноз.
- 2.Стадия процесса.
3. Методы обследования.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
- 5.Схема лечения.

Ответы:

- 1.Рак молочной железы.
- 2.Т4 N2 M1.

	<p>3.Маммография, УЗИ молочных желез, зон регионарного лимфооттока, печени. Органов малого таза, пункционная биопсия молочной железы и лимфоузлов с цитологическим исследованием.</p> <p>4.С маститом, актиномикозом и туберкулезом.</p> <p>5.При верификации диагноза – комплексное лечение: лучевая терапия, затем мастэктомия и химиотерапия.</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

11. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% выполнения задания 61 – 75
- 76 – 90% Хорошо (4)	76– 90
-91-100 Отлично (5)	91 – 100

12. Ситуационная задача

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

13. Контрольная работа

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

14. Собеседование

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

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1–180	1-51	1-136	1 - 106
ПК	1	4, 6, 7, 12–14, 17, 20–23, 25–27, 30, 31, 41, 42, 49, 51, 55, 56, 61, 62, 66, 67, 71–75, 78–82, 85–90, 102–110, 112–120, 122, 126–132, 134, – 139, 141–148, 150–153, 155–161, 163–168, 173–175, 177, 178, 180,	1-51	1 – 10, 12 – 26, 28 – 53, 55 – 70, 92 – 136	1 - 106
	2		1-51	1 – 10, 12 – 26, 29 – 44, 47 – 53, 59 – 70, 127 – 136	1- 24, 26 – 30, 32 – 40, 42, 46 – 55, 101 - 106
	4		-	127 - 136	101 - 106
	5	1, 2, 15, 16, 18, 24, 26, 28,29, 3–40, 43–45, 48, 50, 52–54, 60, 65, 68, 70, 77, 83, 91–101, 111, 124, 149, 167, 168, 171–173,	1-51	1–27, 29 – 44, 47 – 70, 78 – 82, 84 – 89, 92 – 126, 128 – 130, 132 - 136	1 - 55, 59 – 64, 67 – 86, 88 - 106

	6	3, 5, 8, 9, 10, 11, 19, 46, 47, 57, 58, 59, 63, 64, 69, 76, 84, 121, 123, 125, 133, 140, 154, 162, 169, 170, 176,	1-51	1 – 10, 12 – 26, 29 – 44, 47 – 53, 55, 57 – 77, 83, 90 – 126, 130 - 136	1- 4, 6 – 13, 15 – 24, 26 – 30, 32 – 40, 42, 44 – 58, 65 – 86, 88 – 100, 106	
	8		1-51	1 – 10, 12 – 26, 29 – 44, 47 – 53, 55, 57, 58 - 70, 91, 133 - 136	1- 24, 26 – 30, 32 – 40, 42, 44 55, 66, 88 - 94	
	9	10	1-51	1 – 10, 12 – 26, 29 – 44, 47 – 53, 55, 57 - 70, 127, 130, 132 - 136	1- 24, 26 – 30, 32 – 40, 42, 44 – 55, 88 - 94	
	10		-	127 - 136	101 - 106	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Эндокринология»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Раздел	Вопросы
Б 1.В.ДВ.1.1 Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы	1. Назовите характерные признаки акромегалии 2. Причины развития ятрогенной галактореи 3. Наиболее распространенные аденомы гипофиза 4. Болезнь Иценко-Кушинга, клиника
Б 1.В.ДВ.1.2 Заболевания островкового аппарата поджелудочной железы	1. Метаболические эффекты метформина 2. Показатели гликемии, отражающие компенсацию СД 2 типа 3. Препараты выбора для лечения СД 2 типа и ожирения без осложнений 4. Классификация секретогенных препаратов для лечения СД 2 типа 5. Классификация сахарозаменителей 6. Техника проведения перорального глюкозо-толерантного теста
Б 1.В.ДВ.1.3 Патология щитовидной железы	1. Оценка функция щитовидной железы 2. Характерные особенности первичного гипотиреоза 3. Диагностика первичного гипотиреоза 4. Классификация «зоба» по ВОЗ. Понятие «эндемический зоб» 5. Показатели гормонального спектра при гипертиреозе
Б 1.В.ДВ.1.4 Патология надпочечников	1. Первичный гиперальдостеронизм, диагностика 2. Инцидентома надпочечников 3. Диагностика феохромоцитомы 4. Причины хронической надпочечниковой недостаточности
Б 1.В.ДВ.1.5 Заболевания околощитовидных желез	1. Первичный гиперпаратиреоз, причины возникновения 2. Гипопаратиреоз, клиника, диагностика
Б 1.В.ДВ.1.6 Ожирение	1. Назовите градации ожирения по ИМТ 2. Ожирение. Классификация, диагностика 3. Немедикаментозное лечение ожирения

	4. Консервативное лечение ожирения
Б 1.В.ДВ.1.17 Остеопороз	1. Диагностика остеопороза 2. Профилактика ОП 3. Постменопаузальный ОП
Б 1.В.ДВ.1.8 Неотложные состояния в эндокринологии	1. Гипогликемия, диагностика 2. Гиперлактацидоз, этиология 3. Кетоацидоз, лечение 4. Коррекция декомпенсации ХНН

Банк тестовых заданий (с ответами):

Раздел	Тесты
Б 1.В.ДВ.1.1 Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы	<p>1. Причиной несахарного мочеизнурения является недостаток:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Вазопрессина б. Инсулина в. Глюкагона г. Кортизола <p>2. Какой из перечисленных симптомов не характерен для клиники гиперпролактинемии?</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Повышение АД б. Лактарея в. Аменорея г. Избыток массы тела <p>3. Назовите распространенный побочный эффект при лечении агонистами дофаминовых рецепторов:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Падение АД б. Кожная аллергическая реакция в. Диспепсия г. Снижение гликемии <p>4. Рентгенологические проявления акромегалии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Изменение лицевого скелета б. Уменьшение размеров турецкого седла в. Периостальный гиперостоз г. Утолщение мягких тканей стопы
Б 1.В.ДВ.1.2 Заболевания островкового аппарата поджелудочной железы	<p>1. Клиническая манифестация СД 1 типа развивается:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. После гибели 80-90% массы бета-клеток б. После гибели 100% массы бета-клеток в. После гибели 40-50% массы бета-клеток г. После гибели 20-30% массы бета-клеток <p>2. Показанием для лазерокоагуляции сетчатки при диабетической ретинопатии не является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Непролиферативная ретинопатия б. Проллиферативная ДР высокого риска в. Клинически значимый макулярный отек г. Некоторые случаи препролиферативной ДР <p>3. Какой из перечисленных инсулинов не разрешен к применению у беременных?</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Инсулин Деглюдек б. Инсулин Новорапид в. Инсулин растворимый человеческий генно-инженерный г. Инсулин Изофан <p>4. Для диабетической фетопатии не характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Рождение нормально адаптированного функционально зрелого плода б. Большая масса тела рожденного ребенка в. Множественные пороки развития плода г. Осложнения течения периода новорожденности (частые респираторные нарушения) <p>5. Назовите ключевой механизм действия глинидов (меглитининов)?</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Стимуляция секреции эндогенного инсулина б. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина

	<p>в. Снижение продукции глюкозы печенью, снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани</p> <p>г. Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью</p> <p>6. Какой механизм действия не характерен для ингибиторов ДПП-4 (глиптинов)?</p> <p>а. Снижение реабсорбции глюкозы в почках</p> <p>б. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина</p> <p>в. Глюкозозависимое подавление секреции глюкагона</p> <p>г. Снижение глюконеогенеза в печени</p> <p>7. Назовите ключевой механизм действия ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов)?</p> <p>а. Снижение реабсорбции глюкозы в почках</p> <p>б. Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью</p> <p>в. Замедление опорожнения желудка, уменьшение потребления пищи</p> <p>г. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.3 Патология щитовидной железы</p>	<p>1. Укажите препараты, являющиеся средствами профилактики йоддефицитных состояний:</p> <p>а. Калия йодид 100 и 200 мкг</p> <p>б. Биоактивные пищевые добавки из морской капусты</p> <p>в. Антиструмин</p> <p>г. Левотироксин натрия</p> <p>2. Стартовая доза тиамазола при лечении диффузного токсического зоба:</p> <p>а. 30-40 мг</p> <p>б. 10 мг</p> <p>в. 5 мг</p> <p>г. 2.5 мг</p> <p>3. Назовите основную причину узлового коллоидного зоба?</p> <p>а. Дефицит йода</p> <p>б. Аутоиммунные процессы</p> <p>в. Генетические предрасполагающие факторы</p> <p>г. Стрес</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.4 Патология надпочечников</p>	<p>1. Двусторонняя гиперплазия коры надпочечников вызывается:</p> <p>Повышенной секрецией АКТГ Повышенной секрецией кортиколиберина Пониженной секрецией АКТГ Повышенной секрецией ТТГ</p> <p>2. Биологическое действие глюкокортикоидов:</p> <p>Противовоспалительное действие Активация глюконеогенеза в печени Катаболическое действие Увеличение утилизации глюкозы периферическими тканями</p> <p>3. Сочетание нарушений углеводного обмена и артериальной гипертензии наиболее характерно для:</p> <p>Кортикостеромы Болезни Иценко-Кушинга Альдостеромы Тиреотоксикоза</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.5 Заболевания околощитовидных желез</p>	<p>1. Симптом Хвостека:</p> <p>а. Сокращение мышц лица при постукивании в месте выхода лицевого нерва</p> <p>б. Появление судорог в кисти через 1-2 мин после сдавливания плеча жгутом</p> <p>в. Сокращение круглой мышцы века при поколачивании у наружного края глазницы</p> <p>г. Непроизвольное отведение стопы («нога балерины») при постукивании молоточком позади головки малой берцовой</p>

	<p>кости или сжати икроножной мышцы в районе ахиллова сухожилия</p> <p>2. Какой радиофармпрепарат используется для сцинтиграфии околощитовидных желез?</p> <p>а. Селен-метионин</p> <p>б. Технетрил</p> <p>в. Технеций</p> <p>г. ¹³¹I</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.6 Ожирение</p>	<p>1. Распространенность ожирения в зависимости от пола и возраста составляет:</p> <p>У женщин - 50%</p> <p>У мужчин - 30%</p> <p>У детей - 10%</p> <p>Понижения средней массы тела у лиц старше 70 лет</p> <p>2. Степень риска развития ожирения у потомства, если оба родителя страдают ожирением, составляет</p> <p>80-90%</p> <p>30-40%</p> <p>50-60%</p> <p>70-80%</p> <p>3. Ожирение может развиваться при следующих поражениях ЦНС и гипоталамуса:</p> <p>Разрушении вентролатерального ядра гипоталамуса опухолью</p> <p>Разрушении вентромедиального ядра гипоталамуса опухолью</p> <p>При нейроинфекции</p> <p>При черепно-мозговой травме</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.17 Остеопороз</p>	<p>1. В определение понятия "остеопения" входят перечисленные нозологии:</p> <p>Остеопороз</p> <p>Остеомаляция</p> <p>Остеолиз</p> <p>Ревматоидный полиартрит</p> <p>2. К первичным формам остеопороза относится</p> <p>Постменопаузальный остеопороз</p> <p>Сенильный остеопороз</p> <p>Идиопатический ювенильный остеопороз</p> <p>Ятрогенный остеопороз</p> <p>3. В профилактике инволюционного остеопороза наиболее рациональным является</p> <p>Увеличение двигательной активности в сочетании с увеличением потребления кальцийсодержащих продуктов питания</p> <p>В инволюционном возрасте профилактический прием препаратов кальция с момента становления менопаузы</p> <p>Профилактический прием препаратов витамина D</p> <p>Назначение эстрогенсодержащих препаратов при выраженных проявлениях климакса</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.8 Неотложные состояния в эндокринологии</p>	<p>1. Для кетоацидотической комы характерно:</p> <p>а. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз</p> <p>б. Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация</p> <p>в. Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность</p>

	<p>г. Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы</p> <p>2. Причиной гиперосмолярной комы может быть все перечисленное, кроме:</p> <p>а. Передозировка инсулина</p> <p>б. Лихорадка, инфекционные заболевания</p> <p>в. Хирургические вмешательства, травмы</p> <p>г. Рвота, диарея, кровотечение, ожоги и др. состояния, способствующие дегидратации</p> <p>3. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:</p> <p>а. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы</p> <p>б. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара</p> <p>в. 4-5 таблеток глюкозы</p> <p>г. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)</p> <p>4. Для снижения уровня циркулирующих тиреоидных гормонов при тиреотоксическом кризе применяется все перечисленное, кроме:</p> <p>а. Внутривенное введение глюкокортикоидов</p> <p>б. Тиреостатики в высоких дозах</p> <p>в. Препараты йода или лития карбонат при аллергии на йод</p> <p>г. Перитонеальный диализ, плазмаферез</p> <p>5. Для клиники лактацидотической комы не характерно:</p> <p>а. Обезвоживание</p> <p>б. Дыхание Куссмауля</p> <p>в. Быстрое развитие в течение нескольких часов</p> <p>г. Артериальная гипотензия, олигурия, коллапс</p> <p>6. Терапию острой надпочечниковой недостаточности начинают:</p> <p>а. С введения гидрокортизона</p> <p>б. С введения флугидрокортизона</p> <p>в. С введения свежемороженой плазмы</p> <p>г. С введения глюконата кальция</p> <p>7. Клиническая картина катехоламинового криза характеризуется всем перечисленным, кроме:</p> <p>а. Гиперемии кожных покровов</p> <p>б. Внезапного начала, часто после воздействия провоцирующих факторов</p> <p>в. Выраженного повышения АД 200-300/100 мм.рт.ст, головной боли, потливости, вплоть до проливного пота, тахикардии</p> <p>г. Развития после криза полиурии</p> <p>8. Для клиники гипокальциемического криза характерно все перечисленное, кроме:</p> <p>а. Абдоминального болевого синдрома</p> <p>б. Тетанического (судорожного) синдрома</p> <p>в. Синдрома вегетативной дисфункции</p> <p>г. Синдрома висцеропатии (кальцинаты внутренних</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

Раздел	Клиническая задача
<p>Б 1.В.ДВ.1.1 Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы</p>	<p>Задача 1. Больная А, 25 лет. Жалобы на выраженную общую и мышечную слабость, одышку при ходьбе, периодические боли в области сердца сжимающего характера, нарастание массы тела, увеличение объёма живота, бёдер, появление горбика на спине у основания шеи, выполнение подкожно-жировой клетчаткой надключичных ямок, избыточный рост волос на лице, руках, округление лица, появление румянца на щеках, на коже внутренней поверхности бёдер - полос багрового цвета, появление подкожных гематом по передней поверхности голеней при минимальном воздействии травмирующих факторов, нарушение менструального цикла, повышение уровня артериального давления максимально до 150/100 мм.рт.ст., сопровождающееся головокружением. Считает себя больной 5 лет, когда, нарушился менструальный цикл, появились головные боли, тогда же выявлена артериальная гипертензия. В</p>

	<p>последующем возникли сухость во рту, жажда, учащенное мочеиспускание.</p> <p>Объективно: Повышенного питания с преимущественным отложением жира в верхней половине грудной клетки, живота. Отеки голени и стоп. Лицо багрового цвета. Усилен рост волос над верхней губой, в подбородочной области и на боковых поверхностях лица. Кожа сухая с мраморным оттенком. В подмышечных областях и на боковых поверхностях живота широкие полосы багрово-красного цвета (стрии). Пульс 90 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 160 и 100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Предложите план дальнейшего обследования пациента. 3. Определите тактику лечения. <p>Задача 2. Пациент, 32 лет, в браке 2 года.</p> <p>Анамнез. В течение последнего года обследуется с женой по поводу бесплодия. Самостоятельно обратился к эндокринологу.</p> <p>Жалобы: слабость, периодически головные боли в теменной и лобной области. Анамнез без особенностей.</p> <p>Объективно: ИМТ 29 кг/м², АД 140/88 мм рт ст. В остальном патологии не выявлено.</p> <p>Данные обследования: спермограмма: количество сперматозоидов 21 млн, 19% категории «а» (олиго-астенозооспермия), лейкоспермия отсутствует. Гормональный спектр: ТТГ и Т4 в норме, СССГ 25.8 нмоль, ЛГ 0.7 МЕ/л, ФСГ 4.9 МЕ/л, общий тестостерон 9.38 нмоль/л, пролактин 11620 мМЕ/л (макропролактин 720 мЕд/л)</p> <p>БАК: глюкоза 4.8 ммоль/л, ОХ 5.1 ммоль/л, ТГ 1.8 ммоль/л, АЛат 26 ммоль/л, АСат 30 ммоль/л, креатинин 86 мкмоль/л</p> <p>МРТ: структура гипофиза неоднородная, за счет гипоинтенсивного участка в аденогипофизе, размерами 0.2 x 0.3 x 0.3 см, расстояние от верхнего контура гипофиза до хиазмы 0.2 см.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 3. Можно ли по имеющимся сведениям предположить причину гиперпролактинемии ? 4. Можем предположить гиперпролактинемию неопухолевого генеза? 5. В каком лечении нуждается пациент?
<p>Б 1.В.ДВ.1.2 Заболевания островкового аппарата поджелудочной железы</p>	<p>Задача 1. Больной Н. 34 лет.</p> <p>Жалобы: общая слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемение, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днем). Анамнез. Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ - 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведет активный образ жизни, обучен методике самоконтроля.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м². Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена, в легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Кожа голени и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная.</p> <p>Результаты обследования: глюкоза крови натощак - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения. Врач-офтальмолог: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отек макулярной области. Врач-подиатр: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.</p>

	<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте поставленный Вами диагноз. 2. Обоснуйте дальнейший план обследования пациента. 3. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного больного. 4. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии. <p>Задача 2. Больная М., 45 лет обратилась к врачу по поводу случайно зафиксированных высоких цифр глюкозы крови до 8,2 ммоль/л. Врач обратил внимание на необычную внешность: неравномерно увеличенные надбровные дуги, нижнюю челюсть, крупные кисти.</p> <p>Анамнез: при подробном опросе, выяснено, что за последние годы увеличение размеров обуви и головных уборов.</p> <p>Объективно: кожа плотная, с глубокими складками, особенно на волосистой части головы. Рост - 182 см, масса тела 93 кг (ИМТ - 28 кг/м²). Отложение жира равномерное - с преимущественным распределением в области живота и бедер. Щитовидная железа не увеличена, функция ее не нарушена. Пульс 82 в 1 мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 150/90 мм.рт.ст.</p> <p>Дополнительные исследования: 1). пероральный тест толерантности к глюкозе: уровень глюкозы натощак 6,5 - ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 12,4 ммоль/л. 2) на рентгенограмме головы в боковой проекции– «двухконтурность» турецкого седла.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз 2. План обследования пациента для подтверждения диагноза 3. Какие системы и органы могут поражаться при данном заболевании 4. Укажите возможные методы лечения.
<p>Б 1.В.ДВ.1.3 Патология щитовидной железы</p>	<p>Задача 1. Женщина, 30 лет, обратилась к эндокринологу с жалобами на снижение работоспособности, сонливость, умеренную слабость, снижение памяти, запоры. В последнее время, стала отмечать поредение и потускнение волос, снижение настроения. Из анамнеза известно, что женщина наблюдается у гинеколога по поводу первичного бесплодия, муж обследован, здоров. Кроме того, пациентка неоднократно обращалась к ЛОР-врачу с жалобами на появление охриплости голоса.</p> <p>Объективно: сухость и бледность кожных покровов, отечность лица, обеднение мимики. На вопросы врача отвечает медленно, односложно. Рост-165 см, вес – 80 кг. При аускультации сердца тоны приглушены. Границы сердца в пределах нормы. Пульс – 50 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-110/70 мм рт.ст. При пальпации щитовидная железа увеличена в размере, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. По результатам УЗИ отмечается диффузное снижение эхогенности ткани железы. Размеры железы: перешеек – 0,4 см; правая доля – 2,7-2,5-3 см; левая доля – 3,2-2,8-2,8 см В гормональном исследовании крови- ТТГ – 10 мМЕ/л (0,4-4); Т4св.–8 пмоль/л (10,5-22), пролактин – 950 м Ед/л (40-600)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагностическую концепцию. 2. Проведите дифференциальную диагностику. Укажите варианты течения данного заболевания. С чем связано снижение фертильности при данном заболевании. 3. Определите схему дообследования. Рассчитайте объем щитовидной железы по данным УЗИ. 4. Определите тактику лечения. Как меняется тактика в случае наступления беременности. <p>Задача 2. Пациентка М., 60 лет предъявляет жалобы на постоянное сердцебиение, повышенную раздражительность, потливость, дрожь в руках, похудание.</p> <p>Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 3 месяцев, когда стали беспокоить вышеперечисленные жалобы. Похудела за 3 месяца на 12 кг. Из-за большой занятости на работе к врачу не обращалась.</p>

	<p>Status praesens communis: несколько суетлива, речь быстрая. Кожа влажная, горячая, тремор пальцев рук. ИМТ = 21. Щитовидная железа III степени (по Николаеву), бугристая. Глаза блестящие, «хрустальные». Аускультативно в легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца усилены, в положении лёжа на верхушке выслушивается систолический шум, в положении стоя – шум не определяется, ЧСС - 150 в мин., мерцательная аритмия. АД = 150/70 мм рт.ст. При пальпации – живот безболезненный, мягкий. Печень не увеличена. Диурез, стул – без изменений. Периферические отеки – выявляется пастозность стоп.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие методы исследования требуются для уточнения диагноза.
<p>Б 1.В.ДВ.1.4 Патология надпочечников</p>	<p>Задача. Больной, 43 года, жалуется на мышечную слабость, полиурию, учащенное мочеиспускание в ночные часы, головную боль. В течении 10 лет отмечает повышение артериального давления. Применение гипотиозида переносит плохо. Объективно: ЧСС -88 в минуту. АД - 180/100 мм рт.ст. На ЭКГ признаки гипертрофии левых отделов сердца. Анализ крови - без изменения. Гликемия в норме. Анализ мочи - относительная плотность 1002 - 1008, щелочная реакция.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вероятная причина артериальной гипертензии? 2. Какие изменения электролитов крови ожидаются? 3. Как называется симптомокомплекс почечных нарушений при данном заболевании? <p>Задача 2. Больной 40 лет, поступил с жалобами на частые головные боли, утомляемость, одышку, приступы с резким повышением артериального давления. Лечится у терапевта по поводу гипертонической болезни. В последнее время приступы участились. В клинике развился гипертонический криз, который сопровождался резкой головной болью, ознобом, потливостью, сердцебиением, тошнотой, рвотой, болями в животе. Объективно: пониженного питания, холодные конечности, багово - красный оттенок кожи на кистях, предплечьях, стопах, кожные покровы влажные. Пульс - 95 в минуту. АД 260/120 мм рт.ст. В крови: лейкоц.-12,2 глюкоза-8 ммоль/л, в моче сахара нет.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой предварительный диагноз? 2. С секрецией каких гормонов может быть связано заболевание? 3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
<p>Б 1.В.ДВ.1.5 Заболевания околощитовидных желез</p>	<p>Задача 1. Больной В. поступил в клинику с множественными патологическими, спонтанными переломами трубчатых костей, выраженным искривлением позвоночника и деформацией скелета. При поступлении больной жаловался на общую слабость, крайне быструю утомляемость, мышечную гипотонию, боли в костях. При лабораторном обследовании выявлено увеличение содержания кальция в крови до 15,1 ммоль/л (норма 2,15-2,65 ммоль/л) и снижение содержания фосфора до 0,24 ммоль/л (норма 0,81-1,45 ммоль/л). В анамнезе имеются указания на наличие у больного почечно-каменной болезни, выраженной полиурии и повышенное содержание фосфатов в моче.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите гормоны, синтезируемые поражённой железой 2. Объясните механизм развития описанных симптомов <p>Задача 2. У больной Н., 35 лет. Через сутки после струмэктомии (полного или частичного удаления щитовидной железы) появились признаки гипертонуса симметричной группы мышц: спазм мускулатуры лица (в виде «сардонической улыбки»), губы в форме «рыбьего рта», тризм жевательной мускулатуры. При включении света дополнительно возникают судороги в мышцах верхних конечностей – симптом «рука акушера».</p> <p>Вопросы:</p>

	<p>1. Назовите, нарушение функции какой железы можно заподозрить у пациента.</p> <p>2. Перечислите гормоны, синтезируемые поражённой железой.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.6 Ожирение</p>	<p>Задача 1. 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, сладсти. 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 межреберье на 1 см. 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.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Назначьте диету. 3. Рассчитайте энергетическую ценность, количественный и качественный состав пищи. 4. Определит принципы лечения <p>Задача 2. Больная Р., 52 лет. Жалуется на «приливы», бессонницу, раздражительность, общую слабость, утомляемость, сонливость, головную боль, снижение памяти, периодическую боль в области сердца при ходьбе, зябкость. Аппетит удовлетворительный. От-мечается склонность к запорам. Беспокоит значительное увеличение массы тела. Считает себя полной около 4 лет с периода прекращения менструаций. Не лечилась. Объективно. Рост-167 см, масса тела - 110 кг. Распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа сухая, лицо одутловатое, голени, стопы, кисти рук пастозные. Отеки плотные, холодные. Волосы в под-мышечных ямках, на лобке редкие. Наблюдается умеренное выпадение волос на голове, в области наружных частей бровей. Щитовидная железа не увеличена. Пульс-55 в 1 мин, ритмичный, АД-165/80 мм рт.ст.. Левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца значительно ослаблены, II тон над аортой с металлическим оттенком. Дыхание везикулярное, ослабленное. Органы брюшной полости без изменений. Дополнительные исследования. Общий анализ крови - гемоглобин - 95 г/л; анализ мочи без отклонений от нормы. Холестерин крови- 9 ммоль/л, натрий плазмы крови - 134 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, снижение вольтажа зубцов P, R, отрицательный зубец TV4-5. Гистологический анализ (в результаты пункционной биопсии щитовидной железы): лимфоидные элементы, плазматические клетки, эозинофильные клетки Гюртля-Ашкенази.</p> <p>Вопросы и задания:</p>

	<p>1. Определите тип ожирения и его степень. 2. Определите клинические проявления гормональных нарушений, поставьте диагноз.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.17 Остеопороз</p>	<p>Задача 1. Пациентка К., 60 лет, обратилась по поводу постоянных болей в спине (в поясничном отделе), которые усиливаются при движении (повороте туловища), смене положения тела, подъеме тяжестей. За последние несколько лет отмечает уменьшение роста. Anamnesis morbi: Подобные боли начали беспокоить 2 года назад, затем интенсивность боли стала нарастать, «теперь не могу поднять ведро с картошкой, без боли не могу наклониться». Страдает бронхиальной астмой (длительно принимала преднизолон, затем была переведена на беклометазон – беклоджет; теопек, при приступах - сальбутамол в ингаляциях), хронический панкреатитом, гастритом (часто принимает альмагель), депрессией (в осеннезимний период принимает коаксил). Три года назад прекратила прием оральных контрацептивов (принимала с перерывами в течение 7 лет). Anamnesis vitae: Работает бухгалтером на предприятии. Не курит, алкоголь не употребляет. У матери в пожилом возрасте был перелом шейки бедра, страдает бронхиальной астмой, ГБ. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост 157 см, вес 48 кг. Телосложение астеническое. Периферические лимфоузлы не увеличены. При перкуссии легких – легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно в легких – дыхание везикулярное, ослаблено, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД – 130/85 мм рт.ст. Пульс – 70 уд/мин, ритмичный. При пальпации – живот безболезненный, мягкий. Печень не увеличена. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Диурез, стул – без изменений. Периферические отеки – не выявляются. ОАК: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, цв. пок. – 0,85, СОЭ – 10 мм/час. ОАМ: с/желтая, реакция – кислая, удельный вес 1018, белок (-), лейкоциты - 5 в поле зрения, эритроциты (-). Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника (боковая проекция) – прилагается. Результаты денситометрии – люмбальный отдел Т-критерий – 3,7. Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Опишите рентгенограмму поясничного отдела позвоночника 3. Назовите факторы риска заболевания. Какая наиболее вероятная причина ухудшения состояния у пациентки</p> <p>Задача 2. Пациент В., 64 лет: беспокоят боли в обоих тазобедренных суставах, наиболее выраженные при первых движениях после отдыха («встаю с криком»), в последнее время они усилились. Утром приходится «расхаживаться» примерно полчаса. Рассказывает, что «это остеохондроз, корешок ущемляется». Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 3 лет, когда стали болеть суставы. Страдает артериальной гипертензией. Из лекарственных средств принимает амлодипин 10 мг, при сильных болях в суставах – диклофенак 75 мг в/м. Anamnesis vitae: курит. Работал грузчиком мебели. Два года на пенсии. Заболевания родителей не помнит. Брат страдает подагрой. Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. ИМТ= 29,5. Перкуссия легких – над всей поверхностью ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца – приглушены, ритмичные. Границы сердца не изменены. ЧСС – 68 уд/мин. Пульс – 68 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 130/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см от края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания в области почек (-) с обеих сторон. Стул, диурез – со слов не нарушен. Выявляется пастозность голеней. С трудом встает со стула. Выявлено ограничение сгибания и внутренней ротации в тазобедренных суставах. ОАК: эритроциты - $3,8 \times 10^9/л$, гемоглобин - 146 г/л, лейкоциты - $6,0 \times 10^{12}/л$</p>

	<p>л, СОЭ - 10 мм/ч. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава: прилагается.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Опишите рентгенограмму правого тазобедренного сустава. 3. Назовите факторы риска заболевания.
<p>Б 1.В.ДВ.1.8 Неотложные состояния в эндокринологии</p>	<p>Задача 1. В отделение неотложной кардиологии в состоянии чрезмерного возбуждения госпитализирован мужчина 37 лет с жалобами на боли в сердце, одышку, сердцебиение, дрожь в теле, двоение в глазах.</p> <p>Из анамнеза известно, что в последние 2-3 месяца беспокоит беспричинная головная боль, анальгетики малоэффективны. Периодически возникают приступы сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой, сопровождающиеся профузным потоотделением. За это же время отмечает снижение массы тела на 4-5 кг при нормальном аппетите и периодическое повышение температуры тела до 37,1-37,4 °С. Накануне приступа был в гостях, где обильно поел (сыр, красное вино).</p> <p>Семейный анамнез без особенностей.</p> <p>Объективно: кожные покровы бледные, профузное потоотделение, зрачки широко расширены, блеск глаз, тремор рук. Температура тела 37,6 °С. Щитовидная железа не увеличена. Отеков нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается тахикардия 120 в мин, сердечные тоны нормальные, артериальное давление 300/170 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем отклонений не выявлено.</p> <p>Данные обследования: ОАК: лейкоцитоз 14,0x10⁹ г/л, гематокрит 54%, СОЭ 25 мм/ч. БАК: гликемия 7,2 ммоль/л, жирные кислоты свободные 1,3 ммоль/л (N 0,30-0,90 ммоль/л), калий - 5,4 ммоль/л (3,4-5,3 ммоль/л), кальций - 2,65 ммоль/л (2,0-2,5 ммоль/л). ЭКГ: определяются глубокие отрицательные зубцы Т в отведениях V1-4 двухфазные зубцы R с первой положительной фазой в отведении V5.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз 2. Составьте план обследования 3. Назовите основные принципы лечения <p>Задача 2. Больной 26 лет, доставлен в клинику в бессознательном состоянии.</p> <p>Анамнез со слов родственников установлено, что страдает сахарным диабетом 1 типа в течение года. Негативно относится к лечению инсулином. За неделю до поступления в клинику прекратил введение инсулина. Состояние больного резко ухудшилось, нарастала жажда, полиурия, слабость, появилась тошнота, многократная рвота. В день госпитализации потерял сознание.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое, без сознания. Резкий запах ацетона в выдыхаемом воз-духе. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь, мышечный тонус снижен. Тургор глазных яблок понижен. Температура тела 36,0 °С. Глубокое шумное дыхание. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие. Пульс частый, нитевидный, малого наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 120 в мин. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень на 2,0 см выступает из-под края реберной дуги, кишечные шумы ослаблены. Сухожильные рефлексы резко снижены. Данные обследования: ОАК: лейкоциты 25,0x10⁹, П 20%, С 78%, лимфоциты 2%.</p> <p>ОАМ: удельный вес 1045, белок 0,6 г/л, сахар 8%, ацетон ++++.</p> <p>БАК: общий белок 78 г/л, мочевины 13,5 ммоль/л, креатинин крови 140,6 мкмоль/л, кето-новые тела 11 ммоль/л, НЭЖК 2,4 ммоль/л, глюкоза крови 48,8 ммоль/л, рН крови 7,02.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз 2. План неотложных мероприятий 3. Какие дополнительные обследования показаны пациенту

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
--	--

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

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

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Эндокринология»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование		ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
	Тесты		Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-32	1-5, вопрос 1,2,3,4	1-23
ПК	1	1-26	-	1-4, 6-12,16-19
	2	8-26	-	6,7,10-12,16-19
	5	1-26	1-5, вопрос 1,2,3	3,5,6,8-19
	6			
	8	27-32	1-5, вопрос 4	20-23

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФТИЗИАТРИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.В.ОД.1 Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Возбудитель туберкулёза и его свойства.2. Источники, пути заражения туберкулёзом.3. Патогенез туберкулеза. Первичный и вторичный периоды туберкулёзной инфекции.4. Роль социальных и медико-биологических факторов в развитии туберкулеза. Группы риска по заболеванию туберкулёзом.5. Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.
<p>Б 1.В.ОД.2 Раздел 2 «Противотуберкулезный диспансер (поликлиника)»</p>	<ol style="list-style-type: none">6. Вакцинация и ревакцинация ВСГ. Методика проведения вакцинации. Показания, противопоказания, техника введения вакцины, осложнения.7. Диагностика туберкулеза в условиях общей лечебной сети.
<p>Б 1.В.ОД.3 Раздел 3 «Диагностика туберкулеза»</p>	<ol style="list-style-type: none">8. Особенности анализа жалоб и анамнестических данных больного туберкулёзом.9. Объективное обследование больного туберкулёзом легких.10. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.11. Диаскинтест. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.12. Методы рентгенологического исследования органов грудной клетки, их информативность для диагностики туберкулёза легких.13. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале.14. Значение инструментальных и инвазивных методов исследования при туберкулезе различных локализаций.15. Особенности общего анализа крови и мочи в зависимости от клинической формы и фазы туберкулезного процесса.
<p>Б 1.В.ОД.4 Раздел 4 «Клиника туберкулеза»</p>	<ol style="list-style-type: none">16. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика первичного туберкулёзного комплекса.17. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.18. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации у детей и подростков.19. Туберкулез ЦНС. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.

<p align="center">Б 1.В.ОД.5 Раздел 5 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>20. Основные методы и принципы комплексного лечения туберкулёза. 21. Этиотропная терапия туберкулеза. 22. Санаторно-курортное лечение туберкулёза органов дыхания. 23. Критерии клинического излечения и исходы при туберкулезе органов дыхания.</p>
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p align="center">Б 1.В.ОД.1 Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<p>1. К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом, относятся все перечисленные, кроме 1) невакцинированных БЦЖ 2) недоношенных, часто и длительно болеющих детей 3) живущих в очагах туберкулезной инфекции 4) не имеющих послевакцинального знака 5) перенесших туберкулез</p> <p>2. Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются все перечисленные, кроме 1) перенесших ранее локальный туберкулез 2) давно инфицированных 3) из очагов туберкулезной инфекции 4) курящих 5) работающих и занимающихся спортом</p> <p>3. "Суперинфекция" при туберкулеза - это 1) заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм 2) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования 3) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем</p> <p>4. "Эндогенная реинфекция" - это 1) активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции 2) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм 3) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции</p> <p>5. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются 1) дефекты в профилактической работе 2) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре</p>
--	--

	<p>3) небрежное отношение больного к своему здоровью</p> <p>4) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)</p> <p>5) все перечисленное</p> <p>6. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ - это</p> <p>1) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него</p> <p>2) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах</p> <p>3) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом</p> <p>4) заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии</p> <p>7. Бактериовыделитель - это</p> <p>1) больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом</p> <p>2) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз</p> <p>3) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования</p> <p>4) все перечисленные варианты</p>
<p>Б 1.В.ОД.2 Раздел 2 «Противотуберкулезный диспансер (поликлиника)»</p>	<p>8. Основными методами выявления туберкулеза у детей является</p> <p>1) массовая туберкулинодиагностика</p> <p>2) флюорография</p> <p>3) обследование на туберкулез групп риска</p> <p>4) обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру</p> <p>9. Основной метод выявления туберкулеза у подростков - это</p> <p>1) туберкулинодиагностика</p> <p>2) обследование по контакту</p> <p>3) флюорография</p> <p>4) обследование по обращаемости</p> <p>10. Массовую туберкулинодиагностику среди детей следует проводить</p> <p>1) 1 раз в 6 месяцев</p>

	<p>2) 1 раз в 1 год</p> <p>3) 4 раза в 1 год</p> <p>4) 1 раз в два года</p> <p>11. Флюорографическое обследование подростков должно проводиться</p> <p>1) 1 раз в 1 год</p> <p>2) 1 раз в 2 года</p> <p>3) 2 раза в 1 год</p> <p>4) в зависимости от эпидситуации и профориентации подростка</p> <p>12. Систематическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится</p> <p>1) с 10-летнего возраста</p> <p>2) с 12-летнего возраста</p> <p>3) с 15-летнего возраста</p> <p>4) с 18-летнего возраста</p> <p>5) выбор возраста определяется эпидемической ситуацией</p> <p>13. Выборочное обследование на туберкулез часто болеющих детей и подростков проводится</p> <p>1) врачом-терапевтом</p> <p>2) фтизиатром</p> <p>3) врачами-специалистами</p> <p>14. Противотуберкулезными мероприятиями, которые осуществляет общая педиатрическая сеть, являются все перечисленные, кроме</p> <p>1) массовой туберкулинодиагностики</p> <p>2) вакцинации БЦЖ и ревакцинации БЦЖ</p> <p>3) раннего выявления туберкулеза</p> <p>4) дообследования детей из группы риска</p>
<p>Б 1.В.ОД.3 Раздел 3 «Диагностика туберкулеза»</p>	<p>15. Жалобы больного туберкулезом</p> <p>1) специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией</p> <p>2) имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания</p> <p>3) неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания</p> <p>16. Условия жизни больного</p> <p>1) не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса</p> <p>2) оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса</p>

	<p>3) оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение</p> <p>17. Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличия или отсутствия контакта с родственниками, больными заразной формой туберкулеза 2) семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию 3) как контакта с родственником, больным туберкулезом, так и семейной предрасположенностью к бронхолегочным заболеваниям <p>18. Формы туберкулеза легких, протекающие с массивным размножением микобактерий туберкулеза в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге (очагах) поражения выявляются с помощью</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клинических методов исследования 2) флюорографических методов исследования 3) лабораторных методов исследования <p>19. Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клиническим методом исследования 2) флюорографическим методом исследования 3) лабораторным методом исследования <p>20. Туберкулезу органов дыхания более свойственно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острое начало заболевания 2) подострое начало заболевания 3) бессимптомное начало заболевания
<p>Б 1.В.ОД.4 Раздел 4 «Клиника туберкулеза»</p>	<p>21. Так называемый "первичный туберкулезный комплекс" - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первичный туберкулез, характеризующийся наличием туберкулезных изменений в легких 2) туберкулез, характеризующийся наличием инфильтрата в легких, воспалительной дорожки к корню легкого и регионарным лимфаденитом 3) туберкулез первичного периода, характеризующийся наличием очага или инфильтрата в легком, воспалительной дорожки и регионарным лимфаденитом

	<p>22. Для первичного туберкулезного комплекса наиболее характерны морфологические изменения в виде всего перечисленного, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) экссудативных реакций 2) продуктивных реакций 3) казеозного некроза в легких 4) казеозного некроза в лимфатических узлах корня легкого <p>23. Для неосложненного первичного комплекса наиболее характерен</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сухой кашель 2) влажный кашель 3) боли в груди 4) синдром интоксикации <p>24. Первичный туберкулезный комплекс необходимо дифференцировать</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с раком легкого с метастазами в лимфатические узлы легкого 2) с острой пневмонией 3) с пороком развития легкого 4) с эозинофильным инфильтратом <p>25. При лечении больных первичным туберкулезным комплексом необходимо учитывать все следующие особенности химиотерапии этих больных, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выбора препарата с учетом возможной первичной лекарственной устойчивости МБТ 2) подбора химиопрепаратов с учетом наличия казеозного некроза 3) удлинения сроков химиотерапии с учетом замедленного заживления туберкулеза в лимфатических узлах 4) учета того, что у больного молодого возраста ранее никогда не применялись химиопрепараты <p>26. Кальцинаты в лимфатических узлах при заживлении первичного туберкулезного комплекса</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) формируются всегда 2) не формируются 3) формируются в порядке исключения 4) формируются при выраженном казеозном некрозе
<p>Б 1.В.ОД.5 Раздел 5 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>27. Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) одновременное использование ряда лечебных средств и методов 2) использование лечебных средств и методов, направленных на одни и те же звенья патологического процесса

3) **использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса**

28. Химиотерапия туберкулеза - это

- 1) метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ
- 2) метод воздействия на возбудителя заболевания
- 3) **метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ**
- 4) ведущий метод лечения туберкулеза

29. Климатические факторы у больных туберкулезом

- 1) повышают сопротивляемость организма
- 2) нормализуют обмен веществ
- 3) улучшают функцию нервной системы
- 4) **определяют все перечисленное**

30. Горно-климатические курорты показаны больным

- 1) всеми формами туберкулеза легких в фазе инфильтрации
- 2) всеми деструктивными формами туберкулеза легких
- 3) **ограниченными торпидно текущими формами туберкулеза легких**
- 4) всеми формами туберкулеза легких с признаками легочно-сердечной недостаточности

31. Направление на горно-климатические курорты противопоказано больным

- 1) всеми формами туберкулеза в фазе выраженной вспышки
- 2) туберкулезом в сочетании с сердечно-сосудистой недостаточностью
- 3) туберкулезом в сочетании с выраженной дыхательной недостаточностью
- 4) туберкулезом в сочетании с почечной недостаточностью
- 5) **с наличием всех перечисленных состояний**

32. Приморские курорты Южного берега Крыма и Кавказского побережья Черного моря показаны больным туберкулезом

- 1) **с затяжным течением процесса**
- 2) нуждающимся в хирургическом лечении
- 3) с побочными реакциями на химиопрепараты
- 4) с наличием некоторых сопутствующих заболеваний
- 5) все перечисленные показания

Банк ситуационных клинических задач

Задача 1.

У больной А., 7 лет выявлена слабость, утомляемость, снижение аппетита, плохой сон, повышенная потливость, особенно в ночное время, повышение температуры тела до 37,0⁰С в вечернее время суток. Заболевание обнаружено при обследовании по поводу гиперергической пробы Манту.

Пробы Манту с 2 ТЕ: в возрасте 1 год – 8 мм.; в возрасте 2 года – 8 мм.; в возрасте 3 года – 7 мм.; в возрасте 4 года – 6 мм.; в возрасте 5 лет – 6 мм.; в возрасте 6 лет – 4 мм.; в возрасте 7 лет – 19 мм.

Из анамнеза выяснено: БЦЖ в родильном доме - рубчик 4 мм. Ребёнок из очага туберкулезной инфекции. Отец болен хронической деструктивной формой туберкулёза лёгких МБТ (+).

Объективно: Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторно: по всем полям ясный лёгочный звук. ЧД - 18 в мин. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 88 в мин. АД - 100\70.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: Нв - 156 г\л; Эр - $4,2 * 10^{12}$; лейкоциты - $6,4 * 10^9$; п - 4, с - 56, э - 7, б - 0, л - 21, м - 12; СОЭ -25мм\ч.

Общий анализ мочи: Кол-во: 110,0 мл; цвет: соломенно-желтый; прозрачная; относительная плотность: 1020; белок: не обнаружен; глюкоза: отрицательная; лейкоциты: единичные в поле зрения.

Анализ промывных вод желудка на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный. Методом посева: отрицательный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается

Проба Манту с 2 ТЕ через 72 часа: папула – 19мм.

Диаскин – тест через 72 часа: папула 20 мм

Задание:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Задача 2.

Больной К., 3-х лет предъявляет жалобы на озноб, головную боль, общую слабость, повышенную температуру тела до 39, 0 °С, сухой кашель. Из анамнеза выяснено, что ребенок из очага

Б 1.В.ОД.4

Раздел 4 «Клиника туберкулеза»

Б 1.В.ОД.5

Раздел 5 «Лечение туберкулеза»

туберкулезной инфекции. Вакциной БЦЖ привит по возрасту. Заболел остро. Проба Манту в 2017г. 17 мм.

Объективно: грудная клетка правильной формы. ЧД – 26 в 1 мин. При сравнительной и топографической перкуссии определяется легочный звук с тимпаническим оттенком по всем полям. Аускультативно дыхание ослабленное, на его фоне прослушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца ясные, тахикардия. ЧСС – 118 в 1 мин., пульс – 118 в 1 мин., ритм правильный. АД – 120/80 мм.рт.ст.

Лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$, Нв – 132 г/л, лейкоциты – $11,0 \times 10^9$, эозинофилы – 2, п – 6, с – 64, лимфоциты 15, моноциты – 13, СОЭ – 38 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100 мл. прозрачная, соломенно-желтого цвета, реакция – кислая, уд. вес – 1018, белок – 0,033‰, цилиндры (+)

Общий анализ мокроты: характер — слизистая, цвет – светлая, L — 3-5 в п/з, эр. — нет.

Анализ мокроты на МБГ: Методом бактериоскопии: отрицательный.

Методом посева: отрицательный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается

Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная.

Диаскин – тест: отрицательный.

Задание:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Задача 3.

У больной Б., 4-х лет выявлены кашель с небольшим количеством мокроты, повышение температуры тела до $37,2^{\circ}\text{C}$ в вечернее часы в течение длительного времени, слабость, потливость, одышка. При постановке Пробы Манту с 2 ТЕ обнаружена гиперергическая реакция на туберкулин – папула 19 мм.

Из анамнеза выяснено: БЦЖ в роддоме - рубчик 6 мм. Ребёнок из очага туберкулёзной инфекции. Данные о предыдущих пробах Манту отсутствуют.

Объективно: Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При перкуссии притупление легочного звука в парастернальной области, больше справа. ЧД - 16 в мин. Аускультативно:

дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 84 в мин.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: Нв - 120 г\л; Эр – $3,2 * 10^{12}$; лейкоциты – $6,7 * 10^9$; п - 2, с - 43, э - 4, м - 2; л - 49, СОЭ -17мм\ч.

Общий анализ мочи: Кол-во: 110,0 мл; цвет: соломенно-желтый; прозрачная; относительная плотность: 1020; белок: не обнаружен; глюкоза: отрицательная; лейкоциты: единичные в поле зрения.

Анализ мокроты на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный.

Методом посева: положительный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула – 19мм.

Диаскин – тест: папула 21 мм

Трахеобронхоскопия: слизистая оболочка без видимых изменений.

Задание:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Задача 4.

У больной М., 7 лет при поступлении жалобы отсутствуют. Выявлен по контакту с матерью, больной деструктивной формой туберкулеза МБТ (+). При постановке Проба Манту с 2 ТЕ обнаружена гиперергическая реакция на туберкулин – папула 19 мм.

Из анамнеза выяснено: БЦЖ в роддоме - рубчик 6 мм. Ребёнок из очага туберкулёзной инфекции. Данные о предыдущих пробах Манту отсутствуют.

Объективно: Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При перкуссии притупление легочного звука в парастернальной области, больше справа. ЧД - 16 в мин. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 84 в мин.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: Нв - 120 г\л; Эр – $3,2 * 10^{12}$; лейкоциты – $6,7 * 10^9$; п - 2, с - 43, э - 4, м - 2; л - 49, СОЭ -17мм\ч.

Общий анализ мочи: Кол-во: 110,0 мл; цвет: соломенно-желтый; прозрачная; относительная плотность: 1020; белок: не

обнаружен; глюкоза: отрицательная; лейкоциты: единичные в поле зрения.
Анализ мокроты на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный.
Методом посева: отрицательный.
Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.
Проба Манту с 2 ТЕ: папула – 18мм.
Диаскин – тест: папула 16 мм
Трахеобронхоскопия: слизистая оболочка без видимых изменений.

Задание:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Задача 5.

У больной С., 6 лет выявлены кашель с небольшим количеством мокроты, повышение температуры тела до 37,2⁰С в вечернее часы в течение длительного времени, слабость, потливость, одышка. Заболевание обнаружено при обследовании по поводу гиперергической пробы Манту. Календарь проб проб Манту с 2 ТЕ: 2014г.-7мм.; 2015г.-6мм.;2016г.-6мм.; 2017г.-5мм.; 2018г.-19мм.
Из анамнеза выяснено: БЦЖ в роддоме - рубчик 6 мм. Ребёнок из очага туберкулёзной инфекции.
Объективно: Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При перкуссии притупление легочного звука в парастернальной области, больше справа. ЧД - 16 в мин. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 84 в мин.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: Нв - 120 г\л; Эр – 3,2 * 10¹² ; лейкоциты – 6, 7 * 10⁹ ; п - 2, с - 43, э - 4, м - 2; л - 49, СОЭ -17мм\ч.
Общий анализ мочи: Кол-во: 110,0 мл; цвет: соломенно-желтый; прозрачная; относительная плотность: 1020; белок: не обнаружен; глюкоза: отрицательная; лейкоциты: единичные в поле зрения.
Анализ мокроты на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный.
Методом посева: положительный.
Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.
Проба Манту с 2 ТЕ: папула – 17мм.
Диаскин – тест: папула 15 мм

	<p>Трахеобронхоскопия: слизистая оболочка без видимых изменений.</p> <p style="text-align: center;">Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме. 2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса. 4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
--	---

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №1

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.	Легочные поля без очаговых теней. Корни не расширены, структурны. Сердце, аорта в норме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.	Туберкулёзная интоксикация. МБТ(-). Диагноз установлен на основании интоксикационного синдрома, гиперергического варианта пробы Манту и Диаскин - теста, характерных изменений лабораторных показателей и данных анамнеза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.	Заболевание следует дифференцировать с длительным интоксикационным синдромом неспецифической этиологии (гельминтозы, заболевания ЛОР – органов, заболевания ЖКТ, детские инфекции).
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.	Лечение следует проводить по следующей схеме: этиотропная терапия: 3 режим химиотерапии: интенсивная фаза: 2HRZE/S, фаза продолжения: 4HE. Патогенетическая терапия: Вит. В6, дезинтоксикационная терапия

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №2

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.	На обзорной рентгенограмме в прямой проекции с двух сторон симметрично по всем легочным полям определяются мелкоочаговые тени (1-2 мм) малой интенсивности с нечеткими контурами. Сосудистый рисунок с двух сторон четко не определяется. Корни легких структурны. Костно-диафрагмальные синусы свободны. Сердце, диафрагма – норма.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.	Диагноз: милиарный туберкулёз легких в фазе инфильтрации, МБТ(+). Диагноз установлен на основании интоксикационного и бронхолегочного синдрома, ложноотрицательного варианта пробы Манту и Диаскин - теста, характерных изменений лабораторных показателей рентгенологических данных и анамнеза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.	Необходимо дифференцировать с — брюшным тифом;

— бронхолитом; — саркоидозом.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
Лечение следует проводить по следующей схеме: этиотропная терапия: I режим химиотерапии: интенсивная фаза: 3HRZE/S, фаза продолжения: 9HZE. Патогенетическая терапия: Вит. В6, дезинтоксикационная терапия, глюкокортикостероиды, иммуностимуляторы, антиоксиданты, гемостатическая терапия.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №3

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: Легочные поля без очаговых теней. Оба корня в области «головки» и «тела» значительно расширены, деформированы, уплотнены. Слева определяются множественные, плотные лимфатические узлы. Сердце, аорта в норме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
Клинический диагноз: Двухсторонний туберкулез внутригрудных лимфоузлов с преимущественным поражением трахеобронхиальной и бронхопульмональной групп в фазе инфильтрации. МБТ(+). Диагноз установлен на основании интоксикационного и бронхолегочного синдрома, гиперергического варианта пробы Манту и Диаскин - теста, характерных изменений лабораторных показателей рентгенологических данных и анамнеза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
Заболевание следует дифференцировать с туберкулезной интоксикацией детей и подростков, лимфогранулематозом, острым бронхитом неспецифической этиологии.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
Лечение следует проводить по следующей схеме: Этиотропная терапия: 3 режим химиотерапии: интенсивная фаза: 3HRZ/E/S, фаза продолжения: 9HZE. Патогенетическая терапия: Вит. В6, дезинтоксикационная терапия.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №4

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: Легочные поля без очаговых теней. Оба корня в области «головки» и «тела» значительно расширены, деформированы, уплотнены. Справа определяются множественные кальцинаты в проекции бронхопульмональной группы внутригрудных лимфоузлов. Сердце, аорта в норме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
Клинический диагноз: Туберкулез внутригрудных лимфоузлов правой бронхопульмональной группы в фазе кальцинации. МБТ(-). Диагноз установлен на основании анамнеза, гиперергического варианта пробы Манту и Диаскин - теста, характерных изменений рентгенологических данных.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
Заболевание следует дифференцировать с туберкулезной интоксикацией детей и подростков, бронхолитом.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
Лечение следует проводить по следующей схеме: Этиотропная терапия: 3 режим химиотерапии: интенсивная фаза: 2HRZ/E/S, фаза продолжения: 4HZE. Патогенетическая терапия: Вит. В6, дезинтоксикационная терапия.

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №5

1. Опишите рентгенограмму.
Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: Легочные поля без очаговых теней. Оба корня в области «головки» и «тела» значительно расширены, деформированы, уплотнены. Сердце, аорта в норме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
Клинический диагноз: Двухсторонний туберкулез внутригрудных лимфоузлов с преимущественным поражением трахеобронхиальной и бронхопупьмональной групп. Туморозная форма. МБТ(+). Диагноз установлен на основании интоксикационного и бронхолегочного синдрома, гиперергического варианта пробы Манту и Диаскин - теста, характерных изменений лабораторных показателей рентгенологических данных и анамнеза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
Заболевание следует дифференцировать с туберкулезной интоксикацией детей и подростков, лимфогранулематозом, острым бронхитом неспецифической этиологии.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
Лечение следует проводить по следующей схеме: Этиотропная терапия: 3 режим химиотерапии: интенсивная фаза: 3HRZ/E/S, фаза продолжения: 9HZE. Патогенетическая терапия: Вит. В6, дезинтоксикационная терапия.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

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

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	22. Знание алгоритма решения
	23. Уровень самостоятельного мышления
	24. Аргументированность решения
	25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная

- четырем критериям Хорошо (4)	корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов
-пяти или шести критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Фтизиатрия»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-32	1-5, вопрос 1,2,3,4	1-23
ПК	1	1-26	-	1-4, 6-12,16-19
	2	8-26	-	6,7,10-12,16-19
	5	1-26	1-5, вопрос 1,2,3	3,5,6,8-19
	8	27-32	1-5, вопрос 4	20-23

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1. В.ОД.1 «Инфекционные болезни»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Распространение инфекционных болезней в Российской Федерации и Волгоградской области. 2. Инфекционный процесс. Характеристика микроорганизма и макроорганизма и условий их взаимодействия. 3. Классификации инфекционных болезней. 4. Условия развития инфекционного процесса. 5. Основные принципы диагностики инфекционных заболеваний. Значение клинических и эпидемиологических данных. Синдромальная диагностика. 6. Лабораторная диагностика инфекционных болезней. 7. Предмет и методы эпидемиологии. Эпидемиология инфекционных и неинфекционных болезней. 8. Учение об эпидемическом процессе. Общая характеристика эпидемического процесса. Понятие «эпидемический очаг». 9. Эпидемиологическая классификация инфекционных болезней. Эволюция эпидемического процесса. 10. Эпидемиологический надзор, цель и задачи.
---	--

	<p>11. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика сальмонеллеза.</p> <p>12. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика брюшной тифа и паратифов.</p> <p>13. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика ботулизма.</p> <p>14. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика холеры.</p> <p>15. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика эшерихиозов и шигеллезов.</p> <p>16. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика менингококковой инфекции.</p> <p>17. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика дифтерии, скарлатины, пневмококковой инфекции.</p> <p>18. Вирусные гепатиты с фекально-оральным и контактным механизмом заражения.</p> <p>19. Энтеровирусные инфекции: этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.</p> <p>20. Грипп, парагрипп: этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.</p> <p>21. Риновирусная, аденовирусная инфекция, корь, краснуха, паротит: этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.</p> <p>22. Классификация арбовирусных инфекций.</p> <p>23. Этиология, патогенез, классификация ВИЧ-инфекции. Основные симптомы ВИЧ-инфекции и динамика их развития.</p> <p>24. Этиология, патогенез, морфологические проявления новой коронавирусной инфекции COVID19.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p align="center"><i>Б 1. В.ОД.1 «Инфекционные болезни»</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организация и структура оказания медицинской помощи инфекционным больным. 2. Понятие об инфекционном процессе 3. Эпидемиологический метод исследования. 4. Формы и варианты инфекционного процесса, острые и хронические инфекции 5. Иерсиниоз и псевдотуберкулез: основные клинические признаки и дифференциальная диагностика. 6. Лабораторная диагностика туляремии.
--	---

	<p>7. Характер лихорадочной реакции при остром бруцеллезе.</p> <p>8. Причины смерти больных лептоспирозом.</p> <p>9. Дифференциальный диагноз клещевого системного боррелиоза.</p> <p>10. Патогенез коклюша</p> <p>11. Осложнения скарлатины.</p> <p>12. Осложнения менингококковой инфекции.</p> <p>13. Клинические проявления аденовирусной инфекции.</p> <p>14. Методы диагностики гриппа.</p> <p>15. Осложнения краснухи.</p> <p>16. Этиология, патогенез и клинические проявления кори.</p> <p>17. Этиология и патогенез ВИЧ-инфекции</p> <p>18. Общая клиническая характеристика оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции.</p> <p>19. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных.</p> <p>20. Морфологические проявления COVID19.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1. В.ОД.1 «Инфекционные болезни»</p>	<p>1. Природный очаг инфекционного заболевания — это: а) совокупность биологических объектов б) эпизоотическое очаг в) территория, на которой постоянно регистрируются зоонозные инфекции г) место заражения человека зоонозных инфекцией д) участок территории географического ландшафта с присущим ей биоценозом, среди особей которого циркулирует возбудитель болезни</p> <p>2. Одним из звеньев эпидемического процесса является: а) теплокровный носитель возбудителя инфекции б) микроорганизм — возбудитель инфекции в) противоэпидемическая система г) окружающая среда Какие из возбудителей могут передаваться воздушно-капельным путем при внутрибольничном заражении? а) шигеллы б) легионеллы в) сальмонеллы г) эшерихии</p> <p>4. Механизм передачи при брюшном тифе: а) трансмиссивный б) фекально-оральный в) гемоконтактный г) аэрогенный</p> <p>5. Что из перечисленного не характерно для сальмонеллеза? а) острое начало б) интоксикационный синдром в) инкубационный период от 2-6 часов до 2-3 дней г) диарея толстокишечного типа</p> <p>6. Клиническими симптомами ботулизма не является:</p>
---	---

- а) двоение, «сетка», «туман», перед глазами
 - б) затруднение глотания пищи, «комочек» за грудиной
 - в) нарушение дыхания
 - г) сухость во рту
 - д) **частый, скудный стул**
7. Наибольшее значение как источник инфекции при шигеллезе имеют:
- а) реконвалесценты
 - б) больные хронической дизентерией
 - в) **больные острой формой дизентерии**
 - г) бактерионосители
8. Каким образом наиболее часто происходит заражение при дифтерии:
- а) **воздушно-капельным путем**
 - б) пищевым путем
 - в) нозокомиально
 - г) трансмиссивно
9. Укажите характерные осложнения тяжелой формы гриппа:
- а) пневмония
 - б) токсический отек головного мозга
 - в) геморрагический синдром
 - г) **все перечисленные**
10. При эпидемическом паротите могут развиваться все указанные проявления, за исключением:
- а) серозного менингоэнцефалита
 - б) **гнойного менингита**
 - в) орхита
 - г) острого панкреатита
11. Укажите характерную картину поражения нервной системы при менингококковой инфекции:
- а) серозный менингит
 - б) **гнойный менингит**
 - в) полиомиелит
 - г) радикулоневрит
12. Укажите не характерные признаки сыпи у больного корью:
- а) сыпь возникает на 3-4 дни болезни
 - б) **появление сыпи сопровождается нормализацией температуры**
 - в) элементы сыпи распространяются поэтапно на лицо, затем на туловище и на конечности
 - г) элементы сыпи бесследно исчезают через 4-5 дней
13. Больной ветряной оспой является заразным до тех пор, пока:
- а) не прекратится появление везикул
 - б) везикулы не высохнут
 - в) не пройдет 48 часов после появления корочек
 - г) **не отпадут все корочки**

	<p>14. Источниками вирусного гепатита В в стационарах являются:</p> <p>а) больные острой формой заболевания б) больные хроническим активным гепатитом в) вирусоносители г) все перечисленные</p> <p>15. Пути передачи сибирской язвы:</p> <p>а) только контактный б) только алиментарный в) только воздушно-капельный г) наиболее часто контактный, реже-воздушно-капельный, алиментарный</p> <p>16. Укажите неправильное утверждение относительно клинических проявлений чумы:</p> <p>а) бубонная форма наиболее часта б) при любой форме чумы возможно развитие пневмонии в) при тяжелом течении развивается геморрагический синдром г) слабо выраженная интоксикация д) бурное развитие болезни</p> <p>17. Пути передачи лихорадки Эбола:</p> <p>а) прямой контакт с кровью и биологическими жидкостями больного б) не прямой контакт со средами, зараженными биологическими жидкостями в) через инфицированную семенную жидкость г) все вышеперечисленное</p> <p>18. Признаки особо опасной инфекции:</p> <p>а) длительная инкубация б) легкое течение в) среднетяжелое течение г) тяжелое течение + высокая летальность</p> <p>19. Для сибирязвенного карбункула характерно:</p> <p>а) очаг серозно-геморрагического воспаления с некрозом б) отек окружающих тканей в) регионарный лимфаденит г) все перечисленное</p> <p>20. Кто руководит противоэпидемической работой в очаге особо опасных инфекций:</p> <p>а) санитарно-эпидемиологическая служба б) чрезвычайная противоэпидемическая комиссия в) президент государства</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ:	% выполнения задания
Удовлетворительно (3)	61 – 75

- 76 – 90% Хорошо (4)	76– 90
-91-100 Отлично (5)	91 – 100

2. Контрольная работа

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

3. Собеседование

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

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Инфекционные болезни»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1	1-20	1-20	1-24
ОПК	4	1-20	1-20	1-24
	6	1-20	1-20	1-24
	7	1-20	1-20	1-24
ПК	1	1-20	1-20	1-24