федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ТЕРАПИЯ**

по специальности

31.08.05 Клиническая лабораторная диагностика

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – ординатуры по направлению подготовки (специальности) *31.08.05 Клиническая лабораторная диагностика*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

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

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

**ПК-5**: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

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

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины.**

**Тема 1. Заболевания желудочно-кишечного тракта: принципы диагностики и дифференциальной диагностики.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

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

эндоскопический уреазный тест

дыхательный уреазный тест

морфологический метод

+серологический метод определения антител к Helicobacter pilory

определение антигена Helicobacter pillory в кале

2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки отличается:

более упорным, нежели желудка, течением

преимущественным развитием у женщин

сниженной моторикой желудка

меньшей распространенностью, по сравнению с язвенной болезнью желудка

+повышeнным тонусом блуждающих нервов

3. Для язвенной болезни желудка характерно:

+прeимущественное развитие в старшей возрастной группе

преобладание наследственной предрасположенности к развитию заболевания

отсутствие обратной диффузии водородных ионов в слизистой желудка

преобладание больных с возбудимым типом желудочной секреции

резкое нарушением ощелачивающей функции антрального отдела

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

+H. pylori

гeнетического фактора

алиментарного воздействия

вредных привычек

нервно-психических влияний

лекарственных веществ

5. Для болевого синдрома при дуоденальной язвы не характерно:

дневной ритм

связь с приемом пищи

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

ночные боли

голодные боли

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

+болезнь Крона (терминальный илеит)

хронический аппендицит

неспецифический язвенный колит

болезнь Уиппла

целиакия

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

если правильны ответы 1,2 и 3

если правильны ответы 1 и 2

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3,4 и 5

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

+а, б, в, д

б, в, г, д

в, г, д, е

всё перечисленное верно

всё перечисленное не верно

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

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

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

 если правильны ответы 1, 2 и 3;

 если правильны ответы 1 и 3;

 если правильны ответы 2 и 4;

 если правильный ответ 4;

 +если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

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

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

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

+если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

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

увеличение диаметра кишки;

множественные гаустрации;

картина "булыжной мостовой";

мешковидные выпячивания по контуру кишки;

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

14. Снижение синтетической функции печени проявляется

гипоальбуминемией

гипопротромбинемией

гипохолестеринемией

+всем перечисленным

правильного ответа нет

15. Зуд при желтухе связан

с билирубином

+с солями желчных кислот

с лецитином

с фосфолипидами

с щелочной фосфатазой

16. Щелочная фосфатаза может быть повышена при заболеваниях

печени

костей

почек

плаценты

+всех вышеуказанных

17. Печень в обмене липидов выполняет следующие функции

синтезирует желчь

синтезирует жирные кислоты из углеводов

синтезирует холестерин

синтезирует липопротеины

+все перечисленное

18. Цитолитический синдром при патологии печени характеризуется повышением в крови

+трансаминаз

сывороточного железа

неконъюгированной фракции билирубина

холестерина

фибриногена

19. Переход хронического гепатита в цирроз печени характеризует

а) варикозное расширение вен пищевода

б) спленомегалия

в) желтуха

г) гипоальбуминемия

+д) правильные ответы а) и б)

20. Для жировой дистрофии печени характерен симптомокомплекс:

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

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

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

+гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы;

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

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

1. Назначить план обследования для установления заболевания желудочно-кишечного тракта.

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

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

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

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

6. Оценить данные рентгенологических методов исследования органов брюшной полости.

7. Оценить результаты исследования на диагностику Helicobacter pillory.

8. Определить показания для проведения биопсии.

9. Оценить результаты исследования биоптатов.

10. Провести диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний желудочно-кишечного тракта.

**Тема 2. Диагностика и дифференциальная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Главной причиной ишемической болезни сердца является:

спазм коронарной артерии

внутрисосудистый тромбоз

+атеросклероз коронарных артерий

эндотелиальная дисфункция

коронариит

2. Диагноз стабильной стенокардии устанавливается при продолжительности заболевания более:

1 суток

1 недели

+1 месяца

6 месяцев

1 года

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

I

II

III

+IV

нет верного ответа

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

ЭКГ в покое

эхокардиографии

+нагрузочных проб

вентрикулографии

допплерографии

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

+подъем сегмента ST

депрессия сегмента ST

сглаженность зубца Т

инверсия зубца Т

появление волны U

6. Диагностические мероприятия при подозрении на стабильную ИБС включают:

регистрацию ЭКГ в покое

регистрацию ЭКГ во время приступа или сразу после него

амбулаторное мониторирование ЭКГ при подозрении на пароксизмальную тахикардию

амбулаторное мониторирование ЭКГ при подозрении на вазоспастическую стенокардию

+все перечисленное

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

пола и возраста

пола и клиники заболевания

+пола, возраста и клиники заболевания

возраста и длительности течения заболевания

возраста, пола и длительности течения заболевания

8. Острый коронарный синдром - это:

группа клинических признаков и симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда

группа клинических признаков и симптомов, позволяющих подозревать нестабильную стенокардию

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

повышение биомаркеров некроза миокарда в сочетании с ангинозной болью

патологоанатомический диагноз

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

стойкая депрессия сегмента ST

преходящая депрессия сегмента ST

инверсия зубца Т

сглаженность зубца Т

+все перечисленное

10. Нормальная ЭКГ при симптомах острого коронарного синдрома

+не исключает ОКС

исключает ОКС

исключает ОКС при нормальном уровне тропонинов

исключает ОКС при нормальном уровне МВ-КФК

исключает ОКС при сопутствующем сахарном диабете

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

одышка

тахикардия

утомляемость

влажные хрипы в легких

+отек одной голени

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

КДР ЛЖ

КДО ЛЖ

КСР ЛЖ

КСО ЛЖ

+ФВ ЛЖ

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

ХС ЛВП

ХС-не ЛВП

липопротеид (а)

апопротеин В-100

+все перечисленное

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

гомоцистеин

фибриноген

альбумин

+вчСРБ

все перечисленное

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

общего холестерина

трансаминаз

+креатинфосфокиназы

креатинина

мочевой кислоты

16. Диагностические мероприятия при подозрении на стабильную ИБС включают:

регистрацию ЭКГ в покое

регистрацию ЭКГ во время приступа или сразу после него

амбулаторное мониторирование ЭКГ при подозрении на пароксизмальную тахикардию

амбулаторное мониторирование ЭКГ при подозрении на вазоспастическую стенокардию

+все перечисленное

17. «Золотой стандарт» диагностики реноваскулярной АГ:

УЗИ почек и сосудов

экскреторная урография

МРТ органов мочевой системы

+ангиография почечных сосудов

нет правильного ответа

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

результаты анализов мочи

концентрация креатинина крови

данные УЗИ органов мочевыведения

+результаты нефробиопсии

анамнестические сведения

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

артралгия и петехиальная сыпь

артериальная гипертензия и микрогематурия

лихорадка и похудение

длительный субфебрилитет и протеинурия

+лихорадка и эмболические осложнения

20. Наибольшей информативностью из лабораторных показателей в диагностике ХСН обладает параметр:

тиреоидных гормонов

гемоглобина

протеинограмма

+натрийуретических гормонов

клиренс креатинина

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

1. Назначить план обследования для установления основных заболеваний сердечно-сосудистой системы.

2. Провести диагностику сердечно-сосудистого заболевания на основе владения пропедевтическими методами исследования.

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

4. Оценить результаты ЭКГ.

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

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

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

8. Провести диагностику и дифференциальную диагностику ССЗ.

**Тема 3. Диагностики и дифференциальная диагностика ревматических заболеваний.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. К клиническим проявлениям поражения суставов относят:

+местные признаки воспаления (припухлость, гипетермия, гиперемия)

боли ноющего характера с парастезиями, преимущественно ночью

повышенная зябкость и похолодание ног

усиление потливости

кахексия

2. Признаками поражения околосуставных тканей являются:

+боль возникает при активных, а не при пассивных движениях

боли ноющего характера с парастезиями, преимущественно ночью

повышенная зябкость и похолодание ног

усиление потливости

кахексия

3. Признаком хронического воспаления суставов будет:

заболевание длиться менее 6 недель

+продолжительность заболевания более 6 недель

нарастание артралгии в течение 1-3 дней

нарастание интенсивности болей в суставах в течение нескольких недель или месяцев

продолжительность заболевания более 1 месяца

4. Хроническое воспаление суставов более характерно для:

подагры

псевдоподагры

+остеоартроза

ревматической лихорадки

инфекционного артрита

5. Для ревматоидного артрита характерно поражение:

асимметричное поражение суставов нижних конечностей

симметричное поражение дистальных межфаланговых суставов

+симметричное поражение пястно-фаланговых суставов

симметричное поражение крестцово-подвздошных сочленений

летучий характер болей с симметричным поражением крупных суставов

6. Для остеоартроза характерно поражение:

асимметричное поражение суставов нижних конечностей

+симметричное поражение дистальных межфаланговых суставов

симметричное поражение пястно-фаланговых суставов

симметричное поражение крестцово-подвздошных сочленений

летучий характер болей с симметричным поражением крупных суставов

7. Для реактивного артрита характерно поражение:

+асимметричное поражение суставов нижних конечностей

симметричное поражение дистальных межфаланговых суставов

симметричное поражение пястно-фаланговых суставов

симметричное поражение крестцово-подвздошных сочленений

летучий характер болей с симметричным поражением крупных суставов

8. Для анкилозирующего спондилита характерно поражение:

асимметричное поражение суставов нижних конечностей

симметричное поражение дистальных межфаланговых суставов

симметричное поражение пястно-фаланговых суставов

+симметричное поражение крестцово-подвздошных сочленений

летучий характер болей с симметричным поражением крупных суставов

9. Для подагрического артрита характерно поражение:

+одностороннее поражение плюснефалангового сустава I пальца стопы

симметричное поражение дистальных межфаланговых суставов

симметричное поражение пястно-фаланговых суставов

симметричное поражение крестцово-подвздошных сочленений

дактилит I пальца стопы

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

ревматоидного артрита

острой ревматической лихорадки

+подагрического артрита

псориатического артрита

болезни Бехтерева

11. После перенесенной стрептококковой инфекции ревматическая лихорадка возникает через:

1–2 года

+2–3 недели

4-7 дней

5-6 месяцев

6-8 недель

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

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

13. В критерии диагностики СКВ не входят:

повышеный титр антинуклеарных антител

+LE-клетки

повышенный титр антител к нативной ДНК

антифосфолипидные антитела

всё перечисленное не верно

14. Диффузная форма системной склеродермии ассоциирована с:

+появлением в крови антител к Scl-70

появлением в крови антицентромерных антител

появлением в крови нуклеарных антител

появлением в крови антител к нативной ДНК

всё перечисленное верно

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

+системной склеродермией

системной красной волчанкой

дерматомиозитом и другими воспалительными аутоиммунными миопатиями

ревматоидным артритом

всё перечисленное верно

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

системной склеродермии

системной красной волчанки

+дерматомиозита (полимиозита)

синдрома Шегрена

всё перечисленное верно

17. Для геморрагического васкулита типично:

поражение кожи и клубочков почек

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

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

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

прогрессирующее гранулематозное воспаление аорты и её ветвей

18. Для криоглобулинемического васкулита типично:

+поражение кожи и клубочков почек

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

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

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

прогрессирующее гранулематозное воспаление аорты и её ветвей

19. Расположение в области дистальных межфаланговых суставов характерно для:

ревматических узелков

ревматоидных узелков

+узелков Гебердена

узелков Бушара

подагрических тофусов

20. Ульнарная девиация кисти характерна для:

остеоартроза

остеопороза

+ревматоидного артрита

артрита при системной красной волчанке

псориатического артрита

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

1. Назначить план обследования для установления диагноза артрита, ревматизма, системного заболевания соединительной ткани, системного васкулита.

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

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

4. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования суставов.

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

6. Провести диагностику и дифференциальную диагностику суставного синдрома.

7. Определить показания для диагностической пункции сустава.

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

**Тема 4. Заболевания органов дыхания: принципы диагностики и дифференциальной диагностики.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Хронический бронхит это:

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

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

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

хроническое диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся повышением температуры до 39

ничего из перечисленного

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

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

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

+мокрота с прожилками крови

в периоды обострения появляется и прогрессирует одышка

в периоды обострения могут возникать озноб, субфебрильная температура;

3. При ХОБЛ отношение ОФВ1/ФЖЕЛ составляет

100%

< 100%

< 90%

< 80%

+< 70%

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

12%

+< 12%

12%

15 %

25%

5. Для бронхитической формы ХОБЛ не характерно:

+Выраженная гиперинфляция легких

Диффузный цианоз

Диффузный пневмосклероз

Избыточная масса тела

Признаки прогрессирующей ДН и ХСН

6. Для эмфизематозной формы ХОБЛ нехарактерно:

+Выраженная гиперинфляция легких

Диффузный цианоз

Диффузный пневмосклероз

Избыточная масса тела

Признаки прогрессирующей ДН и ХСН

7. Бронхиальная гиперреактивность это:

+Функциональное нарушение, характерное только для БА

Органическое нарушение, характерное только для БА

Функциональное нарушение, характерное не только для БА

Функциональное нарушение, характерное только для ХОБЛ

Функциональное нарушение, характерное только для саркоидоза

8. Клиническим проявлением БА не является

Эпизоды одышки

Свистящие хрипы

+Кашель в ночное время и утренние часы

Кашель в течение дня

Появление симптомов только после контакта с аллергенами

9. При бронхиальной астме, в отличие от ХОБЛ:

+кашель и одышка приступообразные

кашель и одышка постоянные

кашель постоянный, одышка – приступообразная

кашель – приступами, одышка – постоянная

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

10. К клиническим симптомам бронхиальной астмы относится:

эпизоды одышки и заложенность в грудной клетке

кашель и свистящие хрипы

появление симптомов бронхиальной астмы после контакта с аллергенами

+всё перечисленное верно

всё перечисленное не верно

11. К клиническим симптомам бронхиальной астмы не относится:

эпизоды одышки и заложенность в грудной клетке

кашель и свистящие хрипы

+уменьшение симптомов бронхиальной астмы после контакта с аллергенами

всё перечисленное верно

всё перечисленное не верно

12. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является:

+Пневомкокк

Хламидия, микоплазма

Клебсиелла

Стафилококк

Все перечисленное верно

13. Возбудителем атипичной пневмонии является:

Пневомкокк

+Хламидия, микоплазма

Клебсиелла

Стафилококк

Все перечисленное верно

14. Что соответствует термину «Внебольничная пневмония»:

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

диагностированное с 3-их суток пребывания в стационаре

доказанная связь с фактом аспирации

все перечисленное верно

ничего из перечисленного

15. Ранняя нозокомиальная пневмония это:

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

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

пневмония, связанная с аспирацией

пневмония, вызванная пнемоцистой

все ответы верные

16. Поздняя нозокомиальная пневмония это

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

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

пневмония, связанная с аспирацией

пневмония, вызванная пнемоцистой

все ответы верные

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

притуплённый тимпанит;

коробочный;

тимпанический;

 +тупой;

металлический.

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

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4.

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

+если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильный ответ 1,2,3 и 4.

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

+если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

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

1. Назначить план обследования для установления заболевания бронхолегочной системы.

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

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

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

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

6. Оценить результаты рентгенологических методов исследования органов грудной клетки.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику бронхолегочных заболеваний.

**Тема 5. Диагностика и дифференциальная диагностика болезней мочевыделительной системы.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Гломеролнефриты определяются как:

+группа морфологически разнородных иммуновоспалительных заболеваний почек с преимущественным поражением клубочков, а также с вовлечением канальцев и интерстициальной ткани

группа морфологически однородных иммуновоспалительных заболеваний почек с преимущественным поражением клубочков, а также с вовлечением канальцев и интерстициальной ткани

группа инфекционных заболеваний почек с преимущественным поражением интерстициальной ткани

группа иммуновоспалительных заболеваний почек с преимущественным поражением интерстициальной ткани

группа инфекционных заболеваний почек с преимущественным поражением клубочков

2. В клиника остронефритического синдрома:

отеки

олигоурия

повышение АД

протеинурия

+все перечисленное

3. В общем анализе мочи при остронефритическом синдроме может быть все, за исключением:

протеинурия

гематурия

цилиндрурия

лейкоцитурия

+бактериурия

4. Клинические признаки активности нефрита:

нарастание протеинурии

нарастание гематурии

резкое повышение АД

падение почечных функций с нарастанием азотемии в короткое время

+все перечисленное

5. Острый постстрептококковый гломерулонефрит по морфологической картине

+острый диффузный пролиферативный гломерулонефрит

хронический диффузный пролиферативный гломерулонефрит

острый очаговый пролиферативный гломерулонефрит

хронический очаговый пролиферативный гломерулонефрит

все перечисленное верно

6. Острый постстрептококковый гломерулонефрит встречается после инфекций, вызванных:

+нефритогенными штаммами стрептококка группы А

кишечной палочкой

золотистым стафилококком

эпидермальным стафилококком

все перечисленное верно

7. Длительность латентного периода острого постстрептококкового гломерулонефрита после фарингита:

1-2 дня

+1-3 недели

1-3 месяца

3-6 месяцев

6-12 месяцев

8. Отеки при остром постстрептококковом гломерулонефрите у взрослых чаще наблюдаются:

генерализованные

+на лице и лодыжках

на ногах

на верхней половине туловища

в поясничной области

9. В дифференциальной диагностике острого постстрептококкового гломерулонефрита от других форм нефрита играет значение:

степень гематурии

степень протеинурии

степень повышения АД

выраженность отечного синдрома

+документальное подтверждение предшествующей стрептококковой инфекции

10. Наиболее частая причина хронического тубулоинтерстициального нефрита:

+хроническое лекарственное воздействие

бактериальное воздействие

мочекаменная болезнь

длительное токсическое воздействие

неясного генеза

11. Лекарства, способные вызвать интерстициальный нефрит:

НПВС, анальгетики

антибиотики

диуретики

антисекреторные препараты

+все перечисленное

12. Клиническая картина хронического тубулоинтерстициального нефрита состоит из синдромов:

гипертензивного

мочевого

почечной дисфункции

+всех перечисленных

ничего из перечисленного

13. Нефротический синдром сопровождается:

протеинурией

гипоальбуминемией

отеками

гиперлипидемией

+все перечисленное верно

14. Основными причинами нефротического синдрома являются:

сахарный диабет

гломерулонефрит

амилоидоз

системные заболевания соединительной ткани

+все перечисленное верно

15. Альбуминурия и гипопротеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

+острого гломерулонефрита;

пиелонефрита;

почечно-каменной болезни;

цистита;

нефроптоза.

16. При проведении пробы Зимницкого необходимо:

соблюдать строгую диету с исключением соли;

ограничить физическую активность;

+исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);

ограничить употребление белковой пищи;

ограничить употребление растительной пищи.

17. Определение активности хронического гломерулонефрита необходимо для:

+назначения патогенетической терапии;

оценки прогноза заболевания;

установления клинической формы заболевания;

оценки функционального состояния почек;

назначения антибактериальной терапии.

18. Под хронической болезнью почек подразумевается:

наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение 3-х недель вне зависимости от нозологического диагноза

наличие почечных маркеров в течение 1 месяца

+наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение 3-х или более месяцев вне зависимости от нозологического диагноза

наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение 6 месяцев

наличие любых почечных маркеров в течение 1 года

19. При пятой стадии хронической болезни почек (терминальная почечная недостаточность) СКФ

более 90

60-89

30-59

15-29

+менее 15

20. К маркерам почечного повреждения относятся:

высокая и очень высокая альбуминурия, протеинурия

изменение мочевого осадка (гематурия, лейкоцитурия)

признаки дисфункции почечных канальцев (стойкая депрессия удельного веса мочи, глюкозурия и др.)

структурные изменения почек по данным лучевых методов исследования

+все перечисленное верно

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

1. Назначить план обследования для диагностики заболевания почек.

2. Провести диагностику почечной патологии на основе владения пропедевтическими методами исследования.

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

4. Оценить данные бактериологического исследования мочи.

5. Оценить результатов проб Нечипоренко, Зимницкого, провокационных.

6. Оценить функциональную способность почек по расчету СКФ и другим параметрам.

7. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования мочевыделительной системы.

8. Оценить результаты рентгенологических методов исследования (урография).

9. Определить показания для проведения биопсии почек.

10. Оценить результаты исследования почечных биоптатов.

11. Провести диагностику и дифференциальную диагностику болезней мочевыделительной системы.

**Тема 6. Заболевания эндокринной системы: принципы диагностики и дифференциальной диагностики.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Абсолютная недостаточность инсулина может быть обусловлена: а) опухолью поджелудочной железы; б) острым панкреатитом; в) гемохроматозом; г) аутоиммунным поражением поджелудочной железы; д) внепанкреатическими факторами

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 5;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4;

2. Патогенез сахарного диабета 2 типа обусловлен: а) деструкцией бета-клеток; б) нарушением рецепторного аппарата бета-клеток; в) гормональными антагонистами инсулина; г) негормональными антагонистами инсулина; д) снижением количества рецепторов к инсулину

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 2,3,4 и 5;

3. Иммунологические изменения при сахарном диабете 1 типа характеризуются: а) наличием антител к клеткам панкреатических островков; б) сочетанием диабета с другими аутоиммунными заболеваниями; в) наличием "инсулитов"; г) сочетанием с антигенами системы HLA: В8, DR3, DR4; д) отсутствием образования антител к антигенам островков поджелудочной железы

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4;

4. В патогенезе сахарного диабета 2 типа играют роль гормональные антагонисты инсулина: а) гормон роста; адренокортикотропный гормон; в) андрогены; г) глюкокортикоиды; д) глюкагон

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,4 и 5

5. Нарушение жирового обмена при сахарном диабете характеризуется: а) гиперлипидемией; б) жировой инфильтрацией печени; в) гиперкетонемией и кетонурией; г) гиперхолестеринемией; д) снижением уровня билирубина

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

6. Нарушение белкового обмена при сахарном диабете характеризуется: а) снижением синтеза белка б) увеличением гликонеогенеза; в) увеличением содержания альбуминов в плазме; г) гиперазотемией; д) повышением распада белка

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,3,4 и 5

7. Патогенез сильной жажды, сухости во рту при диабете обусловлен: а) обезвоживанием организма; б) повышением гликемии; в) повышением уровня мочевины в крови; г) избыточным выделением жидкости через почки; д) снижением уровня натрия в крови

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

8. Сахарный диабет 1 типа характеризуется: а) острым началом заболевания; б) склонностью к кетозу; в) отсутствием связи с HLA-системой; г)снижением уровня инсулина в сыворотке крови; д) необходимостью лечением инсулином

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3, 4 и 5

9. Сахарный диабет 2 тип характеризуется: а) возраст к началу болезни старше 40 лет; б) избыточной массой тела; в) отсутствием склонности к кетоацидозу; г) постепенным развитием заболевания; д) необходимостью лечения инсулином в первые 2-3 года

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

10. Патологические показатели теста толерантности к глюкозе могут наблюдаться при всем перечисленном, кроме:

инфекции, лихорадки

заболевания желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания

поражения печеночной паренхимы

+синдрома Нонена (Нунана)

панкреатитов

11. Определение гликозилированного гемоглобина при сахарном диабете позволяет врачу провести все перечисленное, кроме:

оценки эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев терапии

проведения необходимой коррекции лечебных мероприятий

выявления скрытых форм диабета

+оценки уровня глюкозы в крови лишь за короткий период времени (не более 2-3 дней)

12. Наиболее ценным методом для лабораторной диагностики сахарного диабета является:

определение посталиментарной гликемии

исследование содержания глюкозы в ушной сере

определение фруктозамина

+определение гликозилированного гемоглобина

определение гликемии натощак

13. При массовом обследовании населения с целью выявления сахарного диабета следует использовать:

исследования гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой

определение гликемии натощак

определение гликозилированного гемоглобина

+все перечисленное верно

14. Патологические уровни базальной и посталиментарной гликемии, характерные для клинического диабета в капиллярной крови:

3.3-5.5 ммоль/л натощак

+более 6,1 ммоль/л натощак, через 2 часа после введения глюкозы - более 11.1 ммоль/л

4,4 ммоль/л натощак, 6.7 ммоль/л через 2 часа после введения глюкозы

6,0 ммоль/л натощак, 5.5 ммоль/л через 2 часа после нагрузки глюкозой

15. На показатели диагностических тестов оказывают влияние все перечисленные факторы, кроме:

приема глюкокортикоидов, гипотиазида, салицилатов

возраста больного

характера пробы, взятой для исследования (капиллярная, венозная)

метода исследования сахара крови

+предшествующая исследованию диета не влияет на показатели

16. Аглюкозурия при сахарном диабете возможна во всех следующих случаях, кроме:

компенсации диабета

+снижения порога проходимости для глюкозы (почечный диабет)

сахарного диабета, осложненного гломерулосклерозом

нарушения функции почек другой этиологии

гиперинсулинемии

17. Для тиреостимулирующих иммунноглобулинов характерно все перечисленное, кроме

принадлежности к классу А

принадлежности в классу G

+того, что они являются антигенами

ответственности за связывание ТТГ с рецептором

обладания стимулирующим действием на щитовидную железу

18. При диффузном токсическом зобе установлено все перечисленное, кроме

врожденного дефекта иммунного контроля

дефекта или дефицита Т-супрессоров

появления форбидных клонов Т-лимфоцитов

повышенного образования стимулирующих иммуноглобулинов

+увеличения Т-супрессоров

19. Изменения белкового обмена при тиреотоксикозе характеризуется всем перечисленным, кроме

увеличения катаболизма белка

+снижения катаболизма белка

снижения анаболических процессов

гипоальбуминемии

усиления выделения с мочой азота и креатинина

20. Для тиреотоксической аденомы в отличие от диффузного токсического зоба характерно все перечисленное, кроме

наличия "горячего" узла при сканировании при уменьшенном поглощении 131J окружающей тканью

отсутствия тиреоидстимулирующих антител

+наличия тиреоидстимулирующих антител

наличия узла при пальпации или сканировании

тахикардии

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

1. Назначить план обследования для установления заболевания эндокринной системы.

2. Провести диагностику эндокринного заболевания и его осложнений на основе владения пропедевтическими методами исследования.

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

4. Определить показания для проведения теста толерантности к глюкозе.

5. Оценить результаты теста толерантности к глюкозе, исследования гликированного гемоглобина.

6. Оценить данные лабораторного исследования уровня гормонов щитовидной железы, титра антитиреоидных антител.

7. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы, печени, поджелудочной железы, мочевыделительной системы, щитовидной железы, надпочечников.

8. Установить показания для проведения биопсии щитовидной железы.

9. Оценить результаты исследования биоптатов щитовидной железы.

10. Провести диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний эндокринной системы.

**Тема 27. Диагностика и дифференциальная диагностика гематологических заболеваний.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Тип анемии при В12-дефицитной анемии:

гипохромная

+гиперхромная

нормохромная

любой из перечисленных

ни одного из перечисленных

2. Тип анемии при хронической железодефицитной анемии:

+гипохромная

гиперхромная

нормохромная

любой из перечисленных

ни одного из перечисленных

3. Тип анемии при аутоиммунной гемолитической анемии:

гипохромная

гиперхромная

+нормохромная

любой из перечисленных

ни одного из перечисленных

4. Состояние запаса железа отражает:

железо сыворотки крови

коэффициент насыщения трансферрина

+содержание ферритина в плазме крови

количество эритроцитов

количество гемоглобина

5. Высокое содержание железа в сыворотке крови наблюдается преимущественно при:

аутоммунной гемолитической анемии

+сидеробластной анемии

пароксизмальной ночной гемоглобинурии

серповидноклеточной анемии

гиперспленизме

6. Характерным клиническим проявлением свинцовой интоксикации является:

желтуха

+серая кайма на дёснах

кровь в кале

почечная колика

гепатомегалия

7. Исследование для подтверждения диагноза апластической анемии:

проба Кумбса

стернальная пункция

+трепанобиопсия подвздошной кости

УЗИ селезенки

биопсия лимфоузла

8. Анемия при хронических воспалительных заболеваниях печени обусловлена:

дефицитом фолиевой кислоты

+перераспределительным дефицита железа и дефицитом фолиевой кислоты

дефицитом железа

гиперспленизмом

дефицитом меди

9. Анемия при хронической почечной недостаточности обусловлена:

дефицитом железа

аутоиммунным конфликтом

+нарушением синтеза эритропоэтина

высоким потреблением железа

гиперспленизмом

10. Наиболее часто развитием хронической железодефицитной анемии сопровождается рак:

легкого

молочной железы

+желудочно–кишечного тракта

любой локализации

нет правильного ответа

11. Назовите генез анемии при ревматоидном артрите:

истинный дефицит железа

+функциональный дефицит железа

поражение костного мозга

ятрогенный

неизвестный

12. Ярко–красный язык нередко наблюдается при:

амилоидозе

тромбоцитопении

+мегалобластной анемии

множественной миеломе

дефиците железа

13. Типичной ошибкой при определении содержания железа в сыворотке крови являются:

использование дважды перегнанной воды

+выполнение исследования в период лечения препаратами железа

осуществление исследования спустя неделю после последнего приёма препаратов железа

все ответы правильные

нет правильного ответа

14. Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть:

гиперволемия

многоплодная беременность

несовместимость с мужем по системе АВО

+имевшийся ранее латентный дефицит железа

токсикоз

15. Наиболее вероятной причиной глубокой гиперхромной анемии может являться:

+алкоголизм и недоедание

кровопотери

табакокурение

цирроз печени

хронический гепатит

16. Изменения в периферической крови, характерные для развёрнутой стадии острого лейкоза:

сдвиг лейкоформулы влево

+резкий сдвиг формулы влево и лейкемический провал

резкий сдвиг формулы вправо и резкий лейкемоидный провал

выраженный лейкемоидный провал

резкий сдвиг формулы вправо

17. Варианты дебютов клинической манифестации острых лейкозов:

геморрагические проявления

стертое начало

острое начало

+всё перечисленное

нет верного ответа

18. Самое частое клиническое проявление множественной миеломы:

+разрушение костей

почечная недостаточность

анемия

инфекция

кровоточивость

19. Охарактеризуйте понятие «лейкемоидная реакция»:

состояния, характеризующиеся только изменениями в периферической крови, сходные с лейкозами

изменения только в гемопоэтической ткани, сходные с лейкозами

+состояния, характеризующиеся изменениями в органах гемопоэза, в периферической крови и в организме в целом, сходные с лейкозами

гипертермия на инфекционный агент

лейкоцитоз при воспалительном заболевании

20. Для петехиального типа кровоточивости характерно:

кровоизлияния в суставы, мышцы, внутренние органы

+петехии и экхимозы на коже

кровоизлияния на коже или слизистых с воспалительным валиком

телеангиэктазы, ангиомы

все перечисленное верно

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

1. Назначить план обследования для установления гематологического диагноза.

2. Провести диагностику заболевания системы кроветворения на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), иммунологического исследования, биохимического анализа крови, свертывающей, противосвертывающей, фибринолитической активности плазмы крови, параметров первичного гемостаза, лабораторных маркеров внутрисосудистого свертывания крови (Д-димер, РФМК).

4. Установить клинико-гематологический синдром дефицита железа.

5. Установить клинико-гематологический синдром гемолиза эритроцитов.

6. Установить клинико-гематологические синдромы при геморрагическом диатезе.

7. Оценить результаты ультразвукового исследования внутренних органов.

8. Определить показания для проведения стернальной пункции или трепанобиопсии подвздошной кости.

9. Оценить результаты исследования биоптатов костного мозга.

10. Определить показания для проведения биопсии лимфатических узлов.

11. Оценить результаты исследования биоптатов лимфоузлов.

12. Провести диагностику и дифференциальную диагностику анемий.

13. Провести дифференциальную диагностику состояний, характеризующихся повышенной кровоточивостью.

14. Провести дифференциальную диагностику гемобластозов и лейкемоидных реакций.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **проверка практических навыков** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся освоил практические навыки предусмотренные программой, при их демонстрации полностью или с незначительными погрешностями соблюдал алгоритм и технику выполнения. |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать выполнение практических навыков или при их демонстрации допустил существенные ошибки. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Терапия» проводится в форме зачета по экзаменационным билетам в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Итоговая оценка («зачтено», «не зачтено») по результатам промежуточной аттестации складывается из результатов оценки устного опроса и выполнения практических заданий по решению ситуационных задач:

«ЗАЧТЕНО» - выставляется при положительной оценке («отлично», «хорошо», «удовлетворительно») по итогам устного опроса и решению ситуационных задач.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - выставляется при отрицательной («неудовлетворительно») оценке по итогам устного опроса и/или по решению ситуационных задач.

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **решение ситуационных задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

***Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине***

1. Липидные и нелипидные факторы риска атеросклероза и связанных с ним ССЗ. Лабораторная диагностика.
2. Стабильная стенокардия: принципы диагностики и дифференциальной диагностики. Значение лабораторных методов диагностики.
3. Острый инфаркт миокарда: диагностические критерии. Биомаркеры некроза и повреждения миокарда и их диагностическое значение.
4. Артериальные гипертензии: принципы диагностики и дифференциальной диагностики гипертонической болезни и симптоматических гипертензий. Значение лабораторных методов диагностики.
5. Диагностические критерии и дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний сердца.
6. Хроническая сердечная недостаточность. Роль симптомов и объективных признаков в диагностике ХСН. Инструментальные и лабораторные методы в диагностике ХСН.
7. Диагностические критерии ревматизма.
8. Диагностические признаки системных заболеваний соединительной ткани и системных васкулитов.
9. Дифференциальная диагностика суставного синдрома. Роль лабораторных методов диагностики в определение активности ревматических заболеваний.
10. Пневмония: диагностические признаки, принципы дифференциальной диагностики, роль лабораторных методов диагностики в установлении этиологии и тяжести пневмоний.
11. Хроническая обструктивная болезнь легких: принципы диагностики и дифференциальной диагностики. Роль лабораторных методов.
12. Бронхиальная астма: принципы диагностики и дифференциальная диагностика. Роль лабораторных методов.
13. Диагностика язвенной болезни и эрозивных гастродуоденитов. Роль и методы выявления H.pylori.
14. Клинико-лабораторные методы диагностики заболеваний печени.
15. Клинико-лабораторные методы диагностики заболеваний поджелудочной железы.
16. Клинико-лабораторные методы диагностики заболеваний кишечника.
17. Диагностика нефротического синдрома.
18. Диагностика нефритического синдрома.
19. Рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей и пиелонефрит: клинико-лабораторная диагностика.
20. Хроническая болезнь почек: диагностика, критерии стадий ХБП.
21. Клинико-лабораторная диагностика сахарного диабета.
22. Заболевания щитовидной железы: клиническая и лабораторная диагностика функции щитовидной железы.
23. Клинико-лабораторная диагностика и дифференциальная диагностика анемий.
24. Клинико-лабораторная диагностика гемобластозов. Дифференциальная диагностика с лейкемоидными реакциями.
25. Клинико-лабораторная диагностика геморрагических диатезов.
26. Роль лабораторных методов в диагностике тромбозов и тромбофилий.

***Типовые ситуационные задачи для проверки сформированных умений и навыков:***

Задача 1.

 Больной Г., 64 лет, обратился с жалобами на общую слабость, потливость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку.

 Анамнез заболевания: Заболел 10 дней назад после переохлаждения: появился насморк, кашель, болела голова, лечился самостоятельно, повышение температуры до 38,50С, принимал жаропонижающие препараты. Хуже стало вчера вновь поднялась температура до 38,40С.

Объективно: температура - 38,60С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 25 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: Hb 130 Г/л, Эр. 3,9 х1012/л, ЦП 1,0, лейкоциты 12,0х109/л, п/я 13%, с/я 57%, э 2%, л 23%, м 7%, СОЭ 22 мм/час, Тр. 180,0х109/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику данной клинической ситуации?

Задача 2.

Мужчина, 68 лет. Жалобы на повышение температуры до 39оС, кашель с вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита.

Данные анамнеза. Неделю назад заболел ОРВИ. Лечился дома парацетамолом состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.

Данные осмотра. Общее состояние тяжелое. Заторможен. Одышка в покое с ЧД 32 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 8 см2 ниже угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс – 100 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

Данные лабораторных исследований.

ОАК: эр. – 4,5х10 12/л, Нв – 120 г/л, цв.п. – 0,9; тромбоциты – 220х109/л, лейкоциты – 13,2х109/л, пал. – 8%, сегм. – 52%, лимф. – 32%, мон. – 8%, СОЭ – 32 мм/час.

 ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность- полная, уд. Вес – 1020, белок – 0,033 г/л, сахара нет, лейк. – 3-5 в п/зр., эр. – нет, цилиндров нет.

 Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, сахар – 3,9 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, билирубин – 12,4 мкмоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, СРБ – 100 мг\л.

 Анализ мокроты общий: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, без запаха, эпителий плоский – 2-3 в п/зр., мерцательный – 5-7 в п/зр., альвеолярный – 5-7 в п/зр., лейкоциты – 80-100 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр+кокковая флора.

 Бактериологический анализ мокроты – высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспоринам, эритромицину, линкомицину.

 Данные инструментального исследования.

 Рентгенография легких – Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

 ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 98 уд/мин. ЭОС не отклонена.

ВОПРОСЫ:

а) Установите предварительный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте план дополнительного обследования.

Задача 3.

Мужчина Ю., 69 лет. Жалобы на одышку при бытовой нагрузке, отхождение небольшого количества мокроты по утрам, постоянный сухой кашель в течение дня.

Анамнез заболевания: Около 30 лет назад установлен диагноз хронического бронхита. Обострения его повторяются 2-3 раза в году, кашель сохраняется и вне обострения и без присоединения ОРВИ. Во время обострений усиливается одышка, отмечается кашель с гнойной мокротой. С 62 лет отмечает прогрессирование одышки, которая в последние полгода стала возникать при выполнении обычной бытовой нагрузке (при уборке комнаты, периодически при одевании, раздевании).

Анамнез жизни: Работал маляром. Курит 44 года, одну пачку сигарет ежедневно.

Данные объективного обследования: Состояние средней степени тяжести. Грудная клетка бочкообразная. Цианоз губ, пульсирующие яремные вены, вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания, ЧДД – 24 в мин. Голосовое дрожание снижено. При перкуссии – коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. При аускультации – дыхание резко ослаблено, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы над всеми отделами легких (практически не изменяются при кашле) ЧСС – 110 в мин.; АД – 115/70 мм рт. ст. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: Hb – 162 г/л, лейкоциты – 8,4 тыс. (формула – без особенностей), тромбоциты – 300 тыс., СОЭ – 12 мм/ч

Анализ мокроты: лейкоциты – 30 в п/зр, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана не найдены, БК – отр.

ЭКГ: - синусовый ритм с ЧСС 98 в мин. ЭОС вертикальная. Гипертрофия ПЖ. Гипертрофия ПП.

ЭХОКС: Правые отделы сердца расширены: ПЖ 3,2 см, ПП визуально увеличено (в 4-камерной позиции), гипертрофия стенки ПЖ (0,6 см) с выраженным гиперкинезом.

Допплер-эхокардиография: признаки легочной гипертензии.

Спирография: ОФВ1 – 15%, после ингаляции сальбутамола: ФЖЕЛ – 39%, ОФВ1 – 15%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 27%.

Шкала одышки mMRC 5 баллов.

РаО2 – 38 мм рт.ст SaO2 – 72%.

Рентгенография органов грудной клетки: Выраженная эмфизема легких. Пневмосклероз. Расширение сердца вправо. Талия сердца сглажена. Уплощение диафрагмы.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите вероятный диагноз.

б) Обоснуйте вероятный диагноз.

в) Составьте дифференциально-диагностический ряд.

Задача 4.

Женщина 62 лет обратилась с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд.

Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу.

Работала поваром в школьной столовой. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит.

У двоюродной сестры 2 года назад выявлен сахарный диабет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м2. Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчѐсов. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Отеков нет. Мочеиспускание безболезненное.

В анализах: глюкоза крови натощак - 6,8 ммоль/л, через 2 часа после еды – 11,4 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Задача 5.

Мужчина 69 лет наблюдается в районной поликлинике у врача-терапевта по поводу артериальной гипертонии, получает гипотензивную терапию в виде эналаприла в дозе 20 мг/сут., индапамид-ретард 1,5 мг в сутки, гиполипидемическую терапию: аторвастатин 20 /сут. При очередном обращении для выписки рецептов пожаловался на слабость, утомляемость, похудел на 3 кг, в связи с чем был направлен на определение уровня гликемии натощак, который оказался на уровне 5,8 ммоль/л.

Мать пациента страдала сахарным диабетом, получала лечение глибенкламидом, затем была переведена на инсулинотерапию. Умерла от инфаркта миокарда в возрасте 70 лет. В анамнезе у пациента хронический пакреатит с нарушением внешнесекреторной функции, что требует практически ежедневного 2-3-кратного приема заместительной терапии пищеварительными ферментами (панкреатин).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 33 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной влажности. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 74 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Отеков нет. Мочеиспускание безболезненное.

В анализах: при проведении теста толерантности к глюкозе глюкоза крови через 2 часа после еды - 12,8 ммоль/л, HbA1c – 7,9%, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ - 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л, мочевина – 5,4 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, натрий – 144 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Задача 6.

Мужчина, 61 год, обратился с жалобами на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения.

Болен сахарным диабетом в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Мочеиспускание безболезнонное.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 9,0 ммоль/л, постпрандиальная 12,0 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин; альбуминурия – 100 мг/сутки.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Задача 7.

Пациентка, 66 лет, обратилась с жалобами: на ежедневную изжогу после приема любой пищи, отрыжку кислым, боли в эпигастрии, левом и правом подреберьях после приема жирной пищи и газированных напитков, тяжесть в правом подреберье, иногда тошноту.

Анамнез заболевания: изжога беспокоит более 10 лет, периодически принимает антациды, более 20 лет страдает ожирением (вес 105 кг, рост 170 см), алкоголь не употребляет.

Кожные покровы чистые, обычной окраски. На передней брюшной стенке «капли красной росы». В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд.в мин., АД – 140/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, правом и левом подреберьях. Симптомы Мерфи, Ортнера положительны. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Отеков нет. Стул регулярный.

Лабораторные данные:

ОАК: Hb - 138 г/л, эритроциты - 4,84 х 1012/л, ЦП – 0.86, тромбоциты – 214 х 109/л, лейкоциты – 6,6 х 109/л; п/я – 6%; с/я –53%; э -1%; л/ф -29%; м-11%; СОЭ 37 мм/час.

ОАМ: Уд. вес 1020, белок – отр., лейкоциты – 1- 2 в п/зр.

Копрограмма: цвет корич., офор., реакция на скрытую кровь – отриц; мыш. волокна с исчерч.- 0-1; без исчерченности – 2-3; жир. кислоты – небольшое кол-во, перевар. клетчатка - отр. внеклет крахмал - 0-1 в п/з. Йодофильная флора - един. Я/глист и патогенные простейшие не найдены.

Биохимические показатели крови: билирубин общ – 14,6 ммоль/л; билирубин связанный-12,4 ммоль/л; общий холестерин - 5,9 ммоль/л, в-ЛП - 5,7, АлАт - 37 Ед/л, АсАт – 30 Ед/л; амилаза крови 94 Е/л.; глюкоза крови - 5,56 ммоль/л; мочевина - 6,09, креатинин – 77 мкмоль/л, общий белок – 87 г/л, щелочная фосфатаза - 96 Е/л; фибриноген - 3,0 г/л; ГГТ - 27 Е/л; сиаловая проба - 0,14; С-реактивный белок - отриц; ЛДГ - 366 Ед/л; Калий - 5,23 ммоль/л; Натрий - 149,4 ммоль/л.

ИФА к описторхиям, токсокарам, лямблиям, аскаридам - отриц.

ИФА к Helicobacter pylori-положит 1:80

ВГС+HBsAg-отрицательный.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 81 в мин. Полугоризонтальное положение ЭОС. Диффузные нарушения процессов реполяризации.

УЗИ внутренних органов: Печень левая доля 55 мм, правая доля 138 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно однородная, эхогенность не изменена. Воротная вена - 9 мм, холедох - 4 мм. Желчный пузырь 92х29 мм, форма обычная, эхогенность стенок повышена, толщина 2 мм, содержимое - небольшое уровень желчи, конкрементов нет. Поджелудочная железа – 28x16x25 мм, контуры слегка неровные, эхоструктура неоднородная, эхогенность смешанная, преимущественно повышена. Селезёнка – 100х41мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки – правая 103х57х16 мм, левая 101х51х15 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима неоднородная, почечные синусы не расширены, конкрементов нет.

ЭГДС: Антральный гранулярный гастрит. Короткий пищевод.

Рентгеноскопия органов легких, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки: Перидуоденит.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Задача 8.

Больная К., 65 лет, обратилась с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, преимущественно в ночное время, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.

Анамнез заболевания. Считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 нед до обращения появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид. Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 12 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10x9x8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексы отсутствуют. Внешних изменения в суставах не определяются.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ – 26 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: общий белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий – 145 ммоль/л, общий билирубин 18,3 мкмоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.

УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Задача 9.

Мужчина, 69 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, ноющие, голодные (по ночам), исчезающие после приема пищи, тошноту, отрыжку кислым содержимым, снижение аппетита, запоры, иногда – рвоту желудочным содержимым, чаще на высоте болей, приносящую облегчение (иногда вызывается пациентом самостоятельно).

Из анамнеза заболевания. Много лет наблюдался в поликлинике с диагнозом «хронический гастрит», беспокоили боли в эпигастрии после приема острой и жареной пищи, изжога. Настоящие жалобы впервые возникли примерно полгода назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля. Ухудшение самочувствия около двух дней, возобновились ночные голодные боли без иррадиации, присоединилась рвота на высоте болей съеденной пищей. Самостоятельно принимал но-шпу, альмагель без выраженного и стойкого эффекта.

Перенесенные заболевания: детские инфекции. Питается нерегулярно, часто всухомятку, часто употребляет алкоголь в больших количествах. Курит до 1 пачки сигарет в день. Наследственность: у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

Данные осмотра. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Астенического телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, умеренно влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 76 уд/мин. АД 130/85 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом, на боковых поверхностях языка отпечатки зубов, сосочки сглажены. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания, локальная умеренная резистентность в пилородуоденальной зоне. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптом Менделя слабо положительный в пилородуоденальной зоне. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров безболезненные, эластичные, определяется болезненность в пилородуоденальной области. Размеры печени по Курлову 987 см. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования.

ОАК: Нb-125 г/л, эр. – 4,11012/л, лейкоциты – 6,6109/л, э – 2%, п/я – 2%, с/я – 56%, л – 32%, м – 8%, СОЭ – 10 мм/час.

ОАМ: относительная плотность – 1016, эпителий – 2-3 в п.зр., белок, эритроциты, цилиндры, соли не определяются.

Биохимическое исследование крови: сахар крови – 4,4 ммоль/л, фибриноген – 2,8 г/л, общий белок – 66 г/л, альбумины – 51%, глобулины – 49%: α1 – 4%, α2 – 12%, β – 15%, γ – 17%, билирубин – 8,9 (2,2/6,7) мкмоль/л.

ЭГДС – пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардия смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая гиперемирована, определяется язвенный дефект 1,0 см в диаметре. Дно прикрыто фибрином. Выявлен Helicobacter pylori.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

Задача 10.

На прием к врачу поликлиники обратилась женщина К., 68 лет, с жалобами на периодические головные боли в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при ходьбе. В анамнезе отмечает повышение АД до 170/100 мм рт. ст. в течение трех лет. Ранее принимала самостоятельно андипал, седативные препараты.

Объективный статус: гиперстеническое телосложение (рост – 159 см, вес – 84 кг), объем талии – 92 см. Кожные покровы обычной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, ослаблен I тон, акцент II тона на аорте, АД – 150/100 мм рт. ст. на обеих руках, ЧСС – 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Отёков нет. Стул, диурез в норме.

Результаты лабораторных исследований: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности – 3,4 ммоль/л, глюкоза крови натощак – 5,4 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 74 в мин., признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (SV1+RV5=3,6mB).

Консультация окулиста: имеется умеренное сужение сосудов глазного дна, признаки гипертонической ангиопатии сетчатки.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л; креатинин – 101мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин; альбуминурия– 100 мг/сутки.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) С чем чаще всего приходится проводить дифференциальную диагностику гипертонической болезни.

Задача 11.

Больная Н., 81 год, при обращении предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, периодически перебои в сердце, головокружение, с эпизодами кратковременной потери сознания, одышку при ходьбе. Из анамнеза заболевания: указанные жалобы беспокоят в течение последнего года.

Объективные данные: Вес 79 кг, рост 165 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, нормальной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 72 уд/мин. АД 140/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Отеков нет.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: СОЭ - 14 мм/час; эр. – 4,2×1012/л; Нb – 132 г/л; лейк. – 4,5×109/л, тромб. - 190×109/л.

ОАМ: отн. плотность - 1022; лейк. – 2-3 в п.зр.; эр – 1-2 в п.зр.; белок, сахар – отриц.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 64 в мин., ЭОС горизонтальная, диффузные нарушения процессов реполяризации.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,8 ммоль/л; сахар крови – 4,8 ммоль/л, креатинин - 85 мкмоль/л, калий – 4,9 ммоль/л, натрий - 160 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятную причину синкопальных состояний у данной пациентки и метод диагностики, который нужно выполнить в первую очередь.

б) При суточном мониторировании ЭКГ была выявлена преходящая депрессия сегмента ST на 2 мм в покое и при ходьбе в дневное и вечернее время, эпизоды полной атриовентрикулярной блокады до 2-3-х сек 4 раза за сутки. Сформулируйте предварительный диагноз.

в) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

г) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Задача 12.

Больной Г., 69 лет. Жалобы: боль в груди давящего характера при нагрузке (подъем на 2-3 этаж), одышка, потливость в этот момент, перебои в работе сердца, чувство замирания в груди независимо от нагрузки.

Анамнез заболевания: Считает себя больным последние 3 месяца, когда стал отмечать перебои в работе сердца, «толчки», «замирание» в этот момент, чувство кома в горле, слабость. Сознание не терял. Эти ощущения возникают независимо от нагрузки, времени дня. АД регулярно не измеряет. Однократно на приеме у врача АД было 160/95 мм.рт.ст. ИМ, ОНМК в анамнезе не было. Давящие боли в груди возникают при ходьбе 300-400м, или подъеме на 2-3 этажа, с одышкой, потливостью. Боль купируется в покое. Голени и стопы пастозные (последние 2-3 месяца).

Объективные данные: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Голени и стопы пастозные.

Обследование:

1) ОАК: Эр – 3,9 х 1012/л, Нв- 139 г/л, лейкоциты- 4,7 х 109/л, тромб- 210 х109/л, ЦП- 0,87, СОЭ - 14 мм/ч, п/я-2, с/я – 64%, э-2, лимф- 34 %, мон-7%.

2) ОАМ: уд. вес- 1007, белок – нет, лейкоциты- 0-1 в поле зрения, эпителий – 2-3 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр.

3)Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 20,4 мкмоль/л, креатинин – 107 мкмоль/л, АлАТ 14 Е/л, АсАТ 27 Е/л, общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТАГ – 3,0 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л, калий - 3,4 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, мочевина – 4,7 ммоль/л.

4) Тест с 6-минутной ходьбой: 420 метров.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 85 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка. Парная полиморфная желудочковая экстрасистолия.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

***Эталоны решения типовых ситуационных задач***

Задача 1.

а) Внебольничная правосторонняя очаговая пневмония, острое течение, средней тяжести.

б) Диагноз пневмонии поставлен на основании жалоб на одышку, кашель со слизисто-гнойной мокротой, постепенное начало (после ОРЗ), лихорадку до 38.60С; объективных данных: при перкуссии локальное притупление перкуторного звука; при аускультации дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы справа, изменений в общем анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ.

За внебольничную пневмонию свидетельствует то, что пациент заболел в домашних условиях. Правосторонняя локализация установлена на основании данных патологической перкуссии и аускультации с правой стороны. Об очаговом поражении говорят объективные данные: притупление перкуторного звука при перкуссии; при аускультации дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.

Острое течение – продолжительность заболевания 10 дней.

Средняя тяжесть заболевания установлена на основании лихорадки до 39,00С, одышки с частотой 25 в минуту, лейкоцитоза до 12,0х109/л со сдвигом влево, ускорения СОЭ до 22 мм/ч.

в) Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты с посевом для выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам, рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, биохимическое исследование крови: общий белок, фибриноген, СРБ, мочевина, креатинин, общий билирубин, калий, натрий, АлАТ, АсАТ; общий анализ мочи. ЭКГ для выявления изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, исследование функции внешнего дыхания.

г) Данную клиническую ситуацию необходимо дифференцировать с очаговым туберкулезом легких, ТЭЛА/ инфаркт легкого, злокачественным новообразованием легких, лекарственные пневмопатией, лучевой пневмонитом, системным васкулитом, сстрая эозинофильной пневмонией, облитерирующим бронхиолитом с организующейся пневмонией, мукоидной закупоркой бронха.

Задача 2.

а) Внебольничная пневмококковая правосторонняя пневмония в нижней доле.

б) Пневмония установлена на основании жалоб повышение температуры до 390С, кашель с вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита, данных анамнеза: неделю назад заболел ОРВИ, вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы, данных осмотра: общее состояние тяжелое, заторможен, одышка в покое до 32 в 1 минуту. слабый диффузный цианоз лица, физикальных данных: усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 8 см2 угла ниже правой лопатки, дыхание жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы, снижения АД до 105/70 мм рт.ст., данных лабораторных исследований: лейкоцитоз до 13,2х109/л со сдвигом влево, ускорения СОЭ до 32 мм/час, увеличеня СРБ до 100 мг/л, изменений в анализе мокроты: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты – 80-100 в п/зр., Гр+кокковая флора.

Внебольничная пневмония – диагноз установлен по месту возникновения пневмонии – в домашних условиях.

Пневмококковая пневмония – этиология установлена на основании результата бактериологического анализа мокроты – высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспоринам, эритромицину, линкомицину.

Правосторонняя пневмония в нижней доле – локализация и объем поражения установлены на основании объективных данных: выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 8 см2 ниже угла правой лопатки, дыхание жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы, рентгенографии легких – Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

в) Пульсоксиметрия, определение газового состава крови. При этом гипоксемия со сниженным уровнем PO2 < 60мм рт.ст. или Sр(a)O2 < 90% является неблагоприятным признаком и указывает на необходимость госпитализациив ОРИТ.

Развернутый ОАК: лейкоцитоз более 10-12109/л указывает на высокую вероятность бактериальной инфекции.

БАК (мочевина, электролиты, печеночные ферменты, альбумин) - не дают какой-либо специфической информации, но обнаруживаемые отклонения могут указывать на поражение ряда органов/систем, что имеет прогностическое значение, а также оказывает влияние на выбор ЛС и/или режимов их применения.

Бактериологическое исследование крови, предпочтительно до начала антибиотикотерапии, показано всем пациентам, госпитализированным в стационар и ОРИТ. Рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях – при положительной динамике на фоне лечения через 14 дней от начала лечения, при отсутствии динамики или отрицательной динамике – в более ранние сроки.

Задача 3.

а) Диагноз: ХОБЛ, IV степень тяжести, c выраженными клиническими симптомами (mMRC 5), риск обострений высокий (2-3 раза в год), фенотип эмфизематозный. ДН III степени. Хроническое легочное сердце в фазе декомпенсации

б) Диагноз: ХОБЛ установлен на основании жалоб на одышку при бытовой нагрузке, отхождение небольшого количества мокроты по утрам, постоянный сухой кашель в течение дня, данных анамнеза заболевания: около 30 лет назад установлен диагноз хронического бронхита, обострения его повторяются 2-3 раза в году, кашель сохраняется и вне обострения и без присоединения ОРВИ, с 62 лет отмечает прогрессирование одышки, которая в последние полгода стала возникать при выполнении обычной бытовой нагрузке (при уборке комнаты, периодически при одевании, раздевании), данных анамнеза: работал маляром, курит 44 года, одну пачку сигарет ежедневно, данных осмотра: Грудная клетка бочкообразная. Цианоз губ, пульсирующие яремные вены, вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания, ЧДД – 24 в мин. Голосовое дрожание снижено. При перкуссии – коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. При аускультации – дыхание резко ослаблено, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы над всеми отделами легких (практически не изменяются при кашле) ЧСС – 110 в мин.; АД – 115/70 мм рт. ст. Периферических отеков нет. Рентгенография органов грудной клетки: Выраженная эмфизема легких. Пневмосклероз. Расширение сердца вправо. Талия сердца сглажена. Уплощение диафрагмы.

IV степень тяжести установлена на основании данных спирографии: ОФВ1 – 15%, после ингаляции сальбутамола: ФЖЕЛ – 39%, ОФВ1 – 15%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 27%.

Выраженные клинические симптомы на основании шкалы одышки mMRC, по которой пациент набрал 5 баллов.

Риск обострений высокий установлен на основании наличия обострений до 2-3 раза в год.

Фенотип эмфизематозный установлен на основании данных осмотра: грудная клетка бочкообразная. Цианоз губ, пульсирующие яремные вены, вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания, ЧДД – 24 в мин. Голосовое дрожание снижено. При перкуссии – коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. При аускультации – дыхание резко ослаблено, с удлиненным выдохом. Рентгенография органов грудной клетки: Выраженная эмфизема легких. Уплощение диафрагмы.

ДН III степени установлена на основании РаО2 – 38 мм рт.ст SaO2 – 72%.

Хроническое легочное сердце в фазе декомпенсации установлено на основании наличия признаков гипертрофии ПЖ, правожелудочковой недостаточности, легочной гипертензии: жалоб на одышку, данных осмотра: признаки ПЖ недостаточности: цианоз губ, пульсирующие яремные вены, ЧД 24 в мин., данных инструментальных методов обследования: ЭКГ: - Гипертрофия ПЖ. Гипертрофия ПП, ЭХОКС: правые отделы сердца расширены: ПЖ 3,2 см, ПП визуально увеличено (в 4-камерной позиции), гипертрофия стенки ПЖ (0,6 см) с выраженным гиперкинезом, Допплер-эхокардиография: признаки легочной гипертензии. Рентгенография органов грудной клетки: Талия сердца сглажена.

в) ХОБЛ необходимо дифференцировать от бронхиальной астмы, бронхоэктазии, туберкулеза, облитерирующего бронхиолита, застойной сердечной недостаточности.

Задача 4.

а) Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 7,0%. Ожирение 2 степени, абдоминальная форма. Дислипидемия.

б) Учитывая жалобы пациентки на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд сухость, повышение глюкозы крови, высокий уровень гликемии после еды до 11,4 ммоль/л, возраст 62 года – на основании всех этих данных диагностируется сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 7,0% определен на основании возраста пациентки (62 года), высокой ожидаемой продолжительности жизни, отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза и риска тяжелой гипогликемии. ИМТ>35<40 кг/м2 свидетельствует о 2 степени ожирения.

в) Для подтверждения диагноза необходимо провести пероральный глюкозотолерантный тест и определение уровня НбА1с. Кроме того, при подтверждении диагноза - общепринятые исследования: ОАК, ОАМ, моча на МАУ, биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, мочевая кислота, мочевина, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ, ЭКГ, контроль АД, осмотр ног, оценка чувствительности ног, осмотр офтальмолога, при необходимости – консультация невролога.

Задача 5.

а) Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 7,5%. Ожирение 1 степени. Артериальная гипертония, 1 степени. ВР. Дислипидемия.

б) Учитывая жалобы пациента на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд сухость, повышение глюкозы крови, высокий уровень гликемии после еды до 12,8 моль/л, возраст 69 лет - в данном случае диагностирован сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 7,5% определен на основании достаточно возраста пациентки (69 лет), ожидаемой продолжительности жизни 10-15 лет, отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза и риска тяжелой гипогликемии. ИМТ>30<35 кг/м2 свидетельствует о 1 степени ожирения.

в) Для подтверждения диагноза и выбора тактики стартовой сахароснижающей терапии необходимо определение уровня НбА1с. Кроме того, при подтверждении диагноза - общепринятые исследования: ОАК, ОАМ, моча на МАУ, биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, мочевина, расчет СКФ, ЭКГ, контроль АД, осмотр ног, оценка чувствительности ног, осмотр офтальмолога, при необходимости – консультация невролога.

Задача 6.

а) Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 7,0%. Диабетическая нефропатия. ХБП С2. А2. Диабетическая непролиферативная ретинопатия правого глаза. Артериальная гипертония 2 степени, ОВР. СН О ст. Дислипидемия.

б) Учитывая жалобы пациента на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Диагностированный СД в анамнезе, прием таблетированных сахароснижающих препаратов, высокий уровень гликемии по данным обследования у пациента – Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 7,0% определен на основании возраста пациента (61 год), высокой ожидаемой продолжительности жизни, отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза и риска тяжелой гипогликемии. Диабетическая нефропатия диагностирована на основе определения СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин, что соответствует ХБП стадии С2, уровень альбуминурии – 100 мг/сутки, это соответствует А 2.

Диабетическая ретинопатия – по данным осмотра глазного дна. Артериальная гипертония по показателям уровня АД и стойкой гипертензии.

в) Пациенту необходимо повторное определением белка в моче, при отсутствии других причин протеинурии, с учетом изменений глазного дна, выставляется диагноз диабетическая нефропатия. Пациенту дополнительно следует определить ОАК, ОАМ, посев мочи, НбА1С, общий белок, общий билирубин, натрий, калий, железо сыворотки, ферритин сыворотки, насыщение трансферрина железом, С-реактивный белок, при необходимости - осмотр стоп с последующей консультацией невролога. Кроме того, рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

Задача 7.

а) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эндоскопически негативная форма. Короткий пищевод. Хронический антральный гастрит, Hp+, перидуоденит. Хронический панкреатит, болевая форма, обострение. Хронический холецистит с гипомоторной дискинезией желчевыводящих путей, обострение.

б) Диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни установлен на основании жалоб на боли в эпигастрии, отрыжку кислым, изжогу, анамнеза заболевания (изжога беспокоит более 10 лет), эндоскопически негативная форма диагностирована на основании данных ЭГДС. Также на основании данных ЭФГДС выявлен короткий пищевод, антральный гастрит. На основании результатов рентгеноскопии пищевода, желудка выявлен перидуоденит. Инфицирование H.pylori установлено по результатам ИФА в титре 1:80. Хронический панкреатит в фазе обострения установлен на основании жалоб на боли в левом подреберье после приема жирной пищи и газированных напитков, болезненности в левом подреберье, данных УЗ-исследования: контуры слегка неровные, эхоструктура неоднородная, эхогенность смешанная, преимущественно повышена. Хронический холецистит в фазе обострения диагностирован на основании жалоб на боли в правом подреберье после приема жирной пищи и газированных напитков, объективных данных: болезненность при пальпации в правом подреберье, положительных симптомов Мерфи, Ортнера, данных УЗ-исследования: повышение эхогенности стенок желчного пузыря. Наличие натощак в желчном пузыре небольшого уровня желчи свидетельствует о гипомоторной дискинезии желчевыводящих путей.

в) Пациентке показано исследование кала на эластазу-1 для верификации хронического панкреатита, проведение 24-часой ph-метрии для подтверждения рефлюкса кислого содержимого в пищевод, дуоденального зондирования для выявления литогенности желчи.

Задача 8.

а) Неспецифический язвенный колит, острое течение, средней степени тяжести, с преимущественным поражением дистальных отделов.

б) Неспецифический язвенный колит установлен на основании жалоб на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, преимущественно в ночное время, общую слабость, потерю веса, анамнеза заболевания: считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала, за 2 нед до обращения появился жидкий стул с примесью крови и слизи, самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 12 кг, данных осмотра: живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области, там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка.

Острое течение установлено на основании давности заболевания – больна в течение 2-х месяцев. За среднюю степень тяжести заболевания говорит частота стула до 4-6 раз в сутки, умеренная примесь крови в кале, общие симптомы в виде слабости, похудания, ускорения СОЭ до 26 мм/ч.

Преимущественное поражение дистальных отделов установлено на основании болезненности при пальпации живота в левой подвздошной области, там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка.

в) Для подтверждения диагноза и оценки распространенности, тяжести поражения необходимо провести эндоскопические методы исследования (колоноскопия, ректороманоскопия) с биопсией слизистой толстой кишки, ЭФГДС – для исключения патологии верхних отделов пищеварительной системы. Обзорная рентгенография брюшной полости необходима для исключения такого грозного осложнения, как токсическая дилатация кишечника и его перфорация.

Анализ кала на наличие патологических примесей и перевариваемость пищи и исключения паразитарной инфекции. Посев на дисбактериоз кишечника. Так как в анамнезе прием антибиотиков.

Биохимическое исследование крови дополнительно: мочевина, протеинограмма, амилаза, СРБ, фибриноген, щелочная фосфатаза.

Задача 9.

а) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение, впервые выявленная. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки (1,0 см). Хронический антральный гастрит, ассоциированный с инфекцией Helicobacter рylori в фазе обострения.

б) Диагноз язвенной болезни двенадцатиперстной кишки установлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, ноющие, голодные (по ночам), исчезающие после приема пищи, тошноту, отрыжку кислым содержимым, снижение аппетита, запоры, иногда – рвоту желудочным содержимым, чаще на высоте болей, приносящую облегчение, на основании данных ЭГДС (хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки 1,0 см в диаметре,). Диагноз хронического гастрита ассоциированного с инфекцией Helicobacter pylori установлен на основании данных ЭФГДС: гиперемированная слизистая оболочка желудка, и данных морфологии слизистой оболочки желудка (лимфоидная инфильтрация, выявление Helicobacter pylori).

в) Пациенту рекомендовано. Биохимические анализы крови: сывороточное железо, АлАТ, АсАТ, амилаза крови – для исключения других возможных причин имеющихся у пациента жалоб со стороны других органов пищеварительной системы.

УЗИ для уточнения состояние печени, желчного пузыря и поджелудочной железы и получения информации о тонусе и перистальтике желудка.

Определение уровня пепсиногена и базального и стимулированного гастрина-17 для исключения атрофии желудка.

Для снижения риска последующих реинвазий Helicobacter pylori – обследование ближайших членов семьи пациента на данную инфекцию (особенно, с учётом язвенного анамнеза – отца пациента).

Задача 10.

а) Гипертоническая болезнь, II стадия. Артериальная гипертония II степени. Высокий риск. СН I стадии. ФК . Метаболический синдром. Ожирение 1 ст.

б) Диагноз артериальной гипертонии (АГ) установлен на основании жалоб больной на повышение АД, данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 3 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, указанных при сборе анамнеза. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка, признаки гипертонической ангиопатии сетчатки). Степень риска ССО поставлена на основании факторов риска, наличия метаболического синдрома, степени повышения АД, поражения органов-мишеней. Сердечная недостаточность 1 стадии диагностирована на основании жалоб на одышку при нагрузке.

Диагноз метаболического синдрома установлен на основании наличия ожирения (ИМТ - 33), АГ, дислипидемии (повышения уровня холестерина и ЛПНП).

в) Пациентке рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек. Биохимический анализ крови: общий белок, мочевина, креатинин с расчетом СКФ, билирубин, АсАТ, АлАТ, натрий, калий. Для установления ФК ХСН показано проведение теста с 6 минутной ходьбой, оценкой по школе ШОКС.

г) Чаще всего гипертоническую болезнь приходится дифференцировать с симптоматической артериальной гипертонией на фоне заболеваний почек (пиелонефрит, гломерулонефрит), поражения почечных артерий, эндокринной патологии (болезнь и синдром Иценко-Кушинга, феохромоцитома, первичный гиперальдостеронизм).

Задача 11.

а) Наиболее вероятной причиной синкопальных состояний с учетом возраста у данной пациентки является нарушения ритма или проводимости, в связи с чем необходимо в первую очередь провести суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

б) ИБС. Безболевая ишемия миокарда. Преходящая полная АВ блокада с приступами МЭС. СН 1 ст.

в) Безболевая ишемия миокарда и преходящая полная АВ блокада диагностирована на основании данных мониторирования ЭКГ по Холтеру. Жалобы на головокружение, с эпизодами кратковременной потери сознания на фоне выявленных нарушений проводимости трактуются как эпизоды Морганьи-Эдемса-Стокса.

Сердечная недостаточность 1 стадии диагностирована на основании жалоб на одышку при нагрузке.

г) Биохимический анализ крови: общий белок, мочевина, расчет СКФ, билирубин, АсАТ, АлАТ, фибриноген, АЧТВ, ПТИ, ПТВ. Для установления ФК ХСН показано проведение теста с 6 минутной ходьбой, оценкой по школе ШОКС. Рентгенография грудной клетки необходима для исключения застойных явлений в легких.

Задача 12.

а) ИБС. Стабильная стенокардия II ФК. Желудочковая экстрасистолия IV Б гр. по Ryan. Гипертоническая болезнь, II степени, III стадии. ОВР. СН II а стадия, ФК II.

б) ИБС - стабильная стенокардия напряжения, ФК II установлен на основании жалоб на боль в груди давящего характера при нагрузке (подъем на 2-3 этаж), при ходьбе 300-400 м, потливость, данных анамнеза заболевания: указанные жалобы беспокоят в течение 3-х месяцев, данных БАК: общий холестерин - 6,9 ммоль/л. Диагноз: Гипертоническая болезнь 3 степени установлен на основании данных анамнеза: повышение АД до 160/95 мм рт.ст., II cтадия установлена на основании наличия поражения органов-мишеней: сердца (данные ЭКГ – гипертрофия миокарда ЛЖ). ОВР установлен на основании наличия факторов риска - мужской пол, дислипидемия: общий холестерин - 6,9 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л, гипертрофия левого желудочка.

Дислипидемия установлена на основании БАК: общий холестерин - 6,9 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л.

Сердечная недостаточность диагностируется II a на основании жалоб на одышку, потливость при нагрузке, пастозность голеней и стоп.

Тест с 6-минутной ходьбой: 420 метров – говорит о ФК II ХСН. Желудочковая экстрасистолия IV Б гр. по Ryan диагностирована на основании жалоб на перебои в работе сердца, чувство замирания в груди, данных ЭКГ: парная полиморфная желудочковая экстрасистолия.

в) Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек; суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру – для выявления частоты желудочковой экстрасистолии и депрессии сегмента ST.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической медицины

направление подготовки (специальность) *31.08.05 Клиническая лабораторная диагностика*

дисциплина: Терапия

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I.** ИБС. Классификация, клиника и диагностика стабильной ИБС. Особенности диагностики у отдельных групп больных и при сопутствующих заболеваниях (гендерные и возрастные особенности, при АГ, СД).

**II.** Ситуационная задача.

Заведующий кафедрой

клинической медицины (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знатьклассификацию основных терапевтических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, методы их диагностики и диагностические критерии. | вопросы № 1-26. |
| Уметьопределять патологические изменения при использовании диагностических методов исследования | практические задания № 1-12. |
| Владетьметодами оценки патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний. | практические задания № 1-12. |