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**

**«Симуляционный курс»**

по специальности

*31.08.26 Аллергология и иммунология*

*1 курс*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования –программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре*31.08.26 Аллергология и иммунология*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 года

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 зачёта.

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

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

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

ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов с аллергологическими и (или) иммунологическими заболеваниями

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

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

**Модуль 1.** Методика обследования больных в практической деятельности врача

**Тема 1.** Методика обследования с патологией дыхательной системы

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи,проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Бронхиальная астма: Определение. Классификация, критерии выделения по степени тяжести и уровню контроля.
2. Особенности клиники бронхиальной астмы в возрастном аспекте.
3. Дифференциальная диагностика при бронхообструктивном синдроме у детей (бронхиальная астма, обструктивный бронхит, бронхиолит, инородное тело, ВПС).
4. Ступенчатый подход к базисной противовоспалительной терапии БА у детей. Способы доставки препаратов.
5. Пневмония: Определение, этиология, патогенез.
6. Ведущие клинико-лабораторно-инструментальные критерии пневмонии.
7. Дифференциальная диагностика пневмонии с острым бронхитом, бронхиолитом, инородным телом, инфильтративным туберкулезом легких.
8. Клинические особенности пневмонии в зависимости от этиологии и рекомендуемая стартовая терапия.
9. Опишите методику проведения физикального обследования больного с синдромом уплотнения легочной ткани.
10. Опишите методику проведения физикального обследования больного с синдромом бронхиальной обструкции.
11. Острый бронхит (определение понятия, синдромы, дополнительные методы обследования, лечение).
12. Острый бронхиолит, этиология, патогенез, синдромы, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение
13. Хронический бронхит, классификация, критерии диагностики, лечение.
14. Клинико-лабораторная характеристика дыхательной недостаточности при острой пневмонии. Лечение.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

**Выберите только один правильный ответ**

1. ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО НАЧИНАЕТСЯ С (СО)

1) сбора анамнеза

2) исследования сердечно-сосудистой системы

3) исследования дыхательной системы

4) выяснения жалоб больного

1. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ОДЫШКА

1) экспираторная

2) инспираторная

3) смешанная

1. ДЛЯ ЭМФИЗЕМЫ ХАРАКТЕРНА ГРУДНАЯ КЛЕТКА

1) бочкообразная

2) паралитическая

3) воронкообразная

4) гиперстеническая

1. ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

1) эмфиземе легких

2) бронхите

3) пневмонии

4) синдроме компрессионного ателектаза

1. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) уплотнении легочной ткани в результате воспаления легких

2) синдроме бронхиальной обструкции

3) синдроме пневмоторакса

4) эмфиземе легких

1. ЦЕЛЬЮ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) определение границ легких

2) определение наличия патологического очага

3) определение подвижности нижнего края легких

1. НАД ЛЕГКИМИ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ МОЖНО УСЛЫШАТЬ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ

1) нормальное везикулярное дыхание

2) ослабленное везикулярное дыхание

3) усиленное везикулярное дыхание

4) бронхиальное дыхание

1. КРЕПИТАЦИЮ МОЖНО УСЛЫШАТЬ

1) только на вдохе

2) только на выдохе

3) при вдохе и выдохе

1. ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ ОБРАЗУЮТСЯ

1) в альвеолах

2) в бронхах

3) в ротоглотке

4) в плевральной полости

1. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА

1) ОРВИ

2) курение

3) перегревание

4) физическая нагрузка

1. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ

1) 3 мес. не менее 2-х лет

2) 2 мес. не менее 2-х лет

3) 3) 3 мес. не менее 3-х лет

4) 4 мес. не менее 3-х лет

1. ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕЕЙ

1) пороки развития

2) ОРВИ

3) переутомление

4) гиповитаминоз

13. ДАННЫЕ АУСКУЛЬТАЦИИ ПРИ БРОНХИТЕ

1) сухие и влажные хрипы

2) бронхиальное дыхание

3) крепитация

4) шум трения плевры

14. ОСНОВНАЯ ЖАЛОБА ПАЦИЕНТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

1) приступ удушья

2) боль в грудной клетке

3) кашель с гнойной мокротой

4) кровохарканье

15. ПРИ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКЕ ЗАТРУДНЕН

1. выдох
2. вдох

3) вдох и выдох

16. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДН 2 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНЫ

1) цианоз лица, рук, исчезающий при даче кислорода, одышка в покое

2) парадоксальное дыхание, брадикардия, падение АД

3) одышка только при физической нагрузке

4) периоральный цианоз, постоянный цианоз лица, рук

17. «РЖАВЫЙ» ХАРАКТЕР МОКРОТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. крупозной пневмонии
2. остром бронхите
3. бронхиальной астме
4. экссудативном плеврите

18. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ

1) рентгенография грудной клетки

2) анализ мокроты

3) анализ крови

4) плевральная пункция

19. НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЕ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

1) плеврит

2) бронхиальная астма

3) бронхит

4) бронхиолит

20. С КАКОГО ВОЗРАСТА МОЖНО НАПРАВИТЬ РЕБЕНКА НА ИССЛЕДОВАНИЕ ФВД МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ

1) с 6 лет

2) с 3 лет

3) с 4 лет

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

***Уважаемый ординатор!***

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

***Рекомендации по изучению:***

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

Задача № 1

Пациент 17 лет обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

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

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

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

5. Продемонстрируйте технику ингаляций муколитиков с помощью небулайзера в домашних условиях.

Задача № 2

Больная Г., 14 лет, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья, затруднен выдох, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой мокроты. Больна в течение 2-х лет, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле симптомы исчезают. При возникновении приступов удушья в июне отмечается заложенность носа, чихание. Обострение заболевания связывает с цветением растений.

У матери также отмечались приступы удушья, и бабушки заложенность носа, чихание в мае - июне. У больной имеется аллергия на клубнику, яблоки.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, дыхание через нос затруднено. Грудная клетка вздута, бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, ЧДД - 26 в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, экскурсия легких по средне подмышечной линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 90 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

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

5. Продемонстрируйте технику использования дозированного аэрозольного ингалятора (карманного ингалятора, турбухалера).

Задача № 3

Больная 8 лет обратилась с жалобами со слов матери на затрудненное дыхание.

Анамнез заболевания: больна с 5-ти летнего возраста, когда впервые появилась одышка и приступообразный кашель. Симптоматика возникла после употребления в пищу меда, контакта с кошкой. Приступы одышки с дистанционными хрипами 1-2 раза в месяц, чаще ночью, во время приступа девочка занимала вынужденное положение с фиксацией плечевого пояса. Приступ купировался ингаляциями беродуала, пульмикорта. Рекомендованная врачом базисная терапия не проводилась. В последний год состояние девочки ухудшилось, приступы экспираторной одышки отмечаются до 4-х раз в месяц, длятся до 30 минут.

Анамнез жизни: девочка от 2 нормально протекающей беременности, вторых срочных родов, масса тела при рождении 3540г, оценка по шкале Апгар 9/10 баллов. С 2-х месяцев на искусственном вскармливании, получала адаптированные молочные смеси. В 6 месяцев появились признаки атопического дерматита. У матери девочки также отмечаются приступы удушья.

Объективно: состояние ребенка тяжелое. Масса тела 28кг, рост 130см. Больная сидит в вынужденном положении, фиксирует плечевой пояс. Девочка беспокойна, плаксива. Кожные покровы бледные. Грудная клетка вздута, ригидна, отмечается горизонтальное положение ребер. ЧДД 32 в минуту, одышка экспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры. В легких перкуторно коробочный звук. Аускультативно дыхание ослаблено, на фоне удлиненного выдоха сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 110 в мин. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Физиологические отправления не нарушены.

Тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом – 20%.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, обоснуйте ступень базисной терапии.

5. Продемонстрируйте технику выполнения теста с бронхолитиком, технику ингаляции бронхолитиков через небулайзер.

Задача № 4

Больная Д., 15 лет, доставлена с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,40С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Физиологические отправления не нарушены.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, составьте план лечения согласно современным протоколам, дайте рекомендации по профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии.

Задача № 5

Артем, 5 месяцев госпитализирован в детское отделение.

Анамнез заболевания**:** Болен в течение недели. Заболел остро. Повысилась температуры тела до 38,5°С, появились вялость, кашель, выделения из носа, ребенок отказывался от еды. Осмотрен участковым педиатром. Лечение проводилось на дому (капли в нос, отхаркивающая микстура, свечи виферон, сироп парацетамола, обработка зева раствором мирамистина) состояние несколько улучшилось. С 7-го дня болезни вновь повысилась температура тела до 38,0°С, усилился кашель, появилась одышка. Ребенок госпитализирован.

Анамнез жизни**:** Мальчик от 1 беременности, роды срочные. Родился с массой 3200 г, длиной 50 см. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании. Привит по возрасту согласно календарного плана.

Объективно:При поступлении состояние ребёнка тяжелое. Масса тела 7500 г, длина 62 см. Температура тела 38,6°С. Кожный покров бледный с «мраморным» рисунком, суховат, цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания 52 в 1 минуту. Дыхание аритмичное, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. Перкуторно: притупление легочного звука слева у угла лопатки. Аускультативно: в легких дыхание жесткое, слева ниже угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 120 ударов в мин. Живот мягкий. Печень выступает на 2см из - под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный.

Рентгенограмма грудной клетки: корни легких расширены, легочный рисунок усилен. В левой нижней доле отмечена инфильтративная очаговая тень.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, составьте план лечения согласно современным протоколам, дайте рекомендации по профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии.

Задача № 6

Больной Н., 16 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышение температуры, одышку, кашель со слизисто-гнойной мокротой. Заболел 7 дней назад: появился насморк, кашель, головная боль, лечился самостоятельно, к врачу не обращался. Вчера состояние ухудшилось, вновь поднялась температура до 38,60С.

Объективно: температура - 38,60С. Общее состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре и пальпации грудной клетки изменений не выявлено. 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 - 92 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 100/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

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

5. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии.

Задача № 7

Ребенок 5 лет, обратился с жалобами со слов мамы на кашель, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания: болен 3 день. Заболел после переохлаждения. Температура тела повысилась до 39,5°С, появились вялость, кашель, выделения из носа.

Анамнез жизни:Ребенок от первой беременности. Роды срочные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Вскармливание естественное до 2 мес., в связи с гипогалактией переведен на искусственное вскармливание. Рос и развивался соответственно возрасту. С 3 лет после оформления в детский сад часто болеть ОРВИ. Перенес ветряную оспу, ротавирусную инфекцию.

Объективно: Состояние тяжелое. Масса 18 кг, длина 113 см. Температура тела 38,6°С. Ребенок вялый, капризный. Беспокоит частый сухой непродуктивный кашель. Кожный покров бледный, цианоз носогубного треугольника. Зев умеренно гиперемирован. Грудная клетка не вздута. Правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. При перкуссии справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации здесь же выслушивается ослабленное дыхание, на глубоком вдохе крепитация. ЧДД 48 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 110 ударов в мин. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Данные лабораторных исследований: ОАМ: НGB - 130 г/л, RBC - 4,8х1012/л, WBC – 16,9х109/л, PLT – 240x109г/л, NEUT - 60%. EO-1%, LYM% - 31%, MON% - 8%

п/я - 4%, с/я - 56%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки:интенсивная тень в области VIII и IX сегментов правого легкого.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз. Перечислите возможные осложнения.

4. Оценить клинико - инструментальные методы исследования

5. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, составьте план лечения согласно современным протоколам, дайте рекомендации по профилактике заболевания, составьте план реабилитации.

5. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии.

Задача № 8

Мальчик 9 лет, обратился с жалобами на головную боль, насморк, кашель, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания:Заболел остро, повысилась температура тела до 38оС, снижалась после приема парацетамола. Отмечалось умеренное недомогание, головная боль, обильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель.

Анамнез жизни:родился от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Привит по возрасту. Из детских инфекций перенёс ветряную оспу, эпидемический паротит.

Объективно: Состояние ребенка средней степени тяжести. Сохраняется сухой кашель. Масса 30 кг, длина 134 см. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожный покров чистый, в зеве разлитая гиперемия, по задней стенке глотки стекает слизь. Дыхание через нос затруднено, ринорея. Перкуторно: ясный лёгочный звук. При аускультации выслушивается жёсткое дыхание, рассеянные сухие и среднепузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. После откашливания влажные хрипы практически исчезают. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Оцените инструментальные методы исследования

5. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, составьте план лечения согласно современным протоколам, дайте рекомендации по профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику ингаляций назначенного препарата с помощью небулайзера.

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

***Рекомендации по изучению методик проведения физикального осмотра***

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения физикального обследования пациента.
2. Отработайте на муляжах технику проведения физикального обследования пациента на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик физикального обследования пациента.

**Задание № 1.** Техника проведения пальпации грудной клетки.

**Задание № 2.** Техника проведения сравнительной перкуссии легких.

**Задание № 3.** Техника проведения сравнительной аускультации легких.

**Задание №4**. Техника проведения голосового дрожания, определения ригидности грудной клетки.

**Тема 2.** Методика обследования пациента с патологией сердечно-сосудистой системы

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

1. Ревматическая лихорадка, определение, классификация. Этиология, патогенез ОРЛ. Лечение, профилактика.
2. Гемодинамические нарушения и клинические проявления при митральном стенозе.
3. Гемодинамические нарушения и клинические проявления при митральной недостаточности.
4. Гемодинамические нарушения и клинические проявления при аортальном стенозе.
5. Гемодинамические нарушения и клинические проявления при аортальной недостаточности.
6. Данные физикального обследования пациента с митральной недостаточностью.
7. Данные физикального обследования пациента с аортальной недостаточностью
8. Миокардит, классификация. Клиника миокардитов у детей. Методы лабораторно - инструментальной диагностики. Лечение.
9. Сердечная недостаточность, классификация. Дифференциальный диагноз.
10. Данные физикального обследования ребенка с миокардитом.
11. Особенности клинической картины эндокардита. Методы лабораторно - инструментальной диагностики.
12. Перикардиты. Этиология. Патогенез. Классификация.
13. Особенности клинической картины при различных вариантах перикардита. Методы инструментальной диагностики.
14. Гемодинамические нарушения и клинические проявления ВПС с обогащением малого круга кровообращения (открытый артериальнй проток, ДМПП, ДМЖП), диагностика, лечение. Методы инструментальной диагностики
15. Коарктация аорты, гемодинамические нарушения, клинические проявления. Методы инструментальной диагностики
16. Ишемическая болезнь сердца. Классификация. Понятие о факторах риска.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

Выберите один правильный ответ

1. КРОВЬ ИЗ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСТУПАЕТ В

1) правое предсердие

2) левый желудочек

3) левое предсердие

4) легочный ствол

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ревматизм

2) инфекционный эндокардит

3) мерцательная аритмия

4) ревматоидный артрит

3. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) приступы сердечной астмы

2) общая слабость

3) отеки ног

4) асцит

4. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ

1) септический эндокардит

2) острый бронхит

3) ангиоотек

4) гипертоническая болезнь

5. КАКИЕ ПОРОКИ СЕРДЦА ПРОТЕКАЮТ С УМЕНЬШЕННЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТОКОМ

1) изолированный стеноз легочной артерии

2) коарктация аорты

3) дефект межпредсердной перегородки

4) дефект межжелудочковой перегородки

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) одышка

2) периферические отеки

3) боль в правом подреберье

4) повышение артериального давления

7. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) периферические отеки, увеличение печени, асцит

2) общая слабость

3) одышка

4) приступы сердечной астмы

8. ЩЕЛЧОК ОТКРЫТИЯ МИТРАЛЬНО КЛАПАНА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

1) стенозе атриовентрикулярного отверстия

2) недостаточности митрального клапана

3) гипертрофии левого желудочка

4) блокаде правой ножки пучка Гиса

9. ДЛЯ ОСТРОГО РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНО

1) симметричное поражение крупных суставов, летучесть суставных болей

2) поражение мелких суставов, летучесть суставных болей

3) могут быть периодически артралгии

4) остаются стойкие деформации со стороны суставов после стихания процесса

10. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА БЕЗ ЦИАНОЗА С ОБЕДНЕНИЕМ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1) коарктация аорты

2) общий артериальный ствол

3) болезнь Фалло

4) изолированный стеноз легочной артерии.

11. ГЛАВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АУТОИММУННОЙ ПРИРОДЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) ревматоидный фактор

2) глюкоза крови

3)VIII фактор свертывания крови

4) ускоренная СОЭ

12. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ

1) клапан аорты

2) трикуспидальный клапан

3) митральный клапан

4) клапан легочной артерии

13. УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

1) отсутствие пульса на бедренной артерии

2) синусовая тахикардия.

3) акцент II тона на легочной артерии.

4) астеническая конституция.

14. СИСТОЛИЧЕСКОЕ «КОШАЧЬЕ МУРЛЫКАНЬЕ» ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ У БОЛЬНЫХ

1) с аортальным стенозом

2) со стенозом левого атриовентрикулярного отверстия

3) со стенозом правого атриовентрикулярного отверстия

4) со стенозом легочной артерии

15 ДЛЯ ЗАСТОЯ КРОВИ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

1) ортопноэ

2) набухание шейных вен

3) асцит

4) отеки на ногах

16. ОТЕКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

1) появляются на стопах, голенях

2) появляются на лице

3) появляются утром

4) легко смещаются при изменении положения тела

17. СИСТОЛИЧЕСКОЕ СЕРДЕЧНОЕ ДРОЖАНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В

1. области 2-го межреберья справа от правого края грудины
2. 5 межреберье справа от правого края грудины
3. в области левожелудочкового толчка

4) области 3-4 межреберья справа от правого края грудины

18.ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ШУМ

1) систолический

2) пресистолический

3) протодиастолический

4) диастолический

19. ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ГРАНИЦА СЕРДЦА СМЕЩАЕТСЯ

1) влево

2) вправо

3) вверх

20. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в V межреберье

2) на 0,5–1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье

3) по левой срединно-ключичной линии в V межреберье

21. В НОРМЕ ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА СОДЕРЖИТ:

1. около 5 мл жидкости
2. до 50 мл жидкости
3. 100-200 мл жидкости
4. 300-500 мл жидкости
5. 100 мл жидкости

22. ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С:

1) аортальным стенозом

2) митральным стенозом

3) аортальной недостаточностью

4) митральной недостаточностью

23. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ СТЕНОЗЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) центральный цианоз

2) бледность с лилово-малиновым «румянцем» на щеках

3) периорбитальные тени

4) периферический цианоз

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

***Уважаемый ординатор!***

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

***Рекомендации по изучению:***

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

Задача №1

К врачу обратилась больная К., 17 лет, с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад болела ревматизмом.

Объективно: температура 37,2 С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2 Назовите необходимые дополнительные исследования.

3 Перечислите возможные осложнения.

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

5 Продемонстрируйте технику исследования пульса.

Задача №2

К врачу обратилась больная А., 17 лет с жалобами на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста, состоит на диспансерном учете. Регулярно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,2 С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

Задания

1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2 Назовите необходимые дополнительные исследования.

3 Перечислите возможные осложнения.

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

5 Продемонстрируйте технику исследования пульса.

Задача №3

К врачу обратился пациент 17 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии.

Объективно: температура 36,8 С. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожный покров чистый. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Выслушивается диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2 Назовите необходимые дополнительные исследования.

3 Перечислите возможные осложнения.

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

5 Продемонстрируйте технику исследования пульса.

Задача №4

К врачу обратилась пациентка, 16 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении уборки в квартире, была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ангины, инфекционный эндокардит.

Объективно: температура 36,7 С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная. При пальпации в области основания сердца определяется дрожание, верхушечный толчок определяется в 6 -м межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2 Назовите необходимые дополнительные исследования.

3 Перечислите возможные осложнения.

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

5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

Задача №5

Ребенок 8 месяцев, направлен на обследование.

Анамнез заболевания:С первых дней жизни отмечался цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при беспокойстве, с рождения систолический шум. Плохая прибавка в массе за последние 6 месяцев.

Анамнез жизни: Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне острой респираторной вирусной инфекции в первом триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 2990 г, длина - 48 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Вскармливание грудное, прикорм по возрасту. Перенес ОРВИ 2 раза, пневмонию в 6 мес.

Объективно: Состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6500 г, длина - 66см. Кожные покровы чистые, бледные. Цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой равномерно снижен. Мышечный тонус сохранен. Грудная клетка цилиндрической формы, в области грудины несколько выбухает. Перкуторно легочный звук, аускультативно - дыхание жесткое. ЧД 60 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5 кнаружи от правой парастернальной линии, левая - на 1.5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Тоны сердца ритмичные, систолический шум, короткий, негрубый во II-ом межреберье слева от грудины. ЧСС 140 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови - HGB-128 г/л, RBC-3,96х1012/л, WBC-8,4х109/л,PLT - 180х109/л LYM - 56% NUET -34%MON- 10%

п/я-4%, с/я-30%, СОЭ-4 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка, расширение поперечника сердца за счет правых отделов. КТИ=0,62.

**Эхо-**КС**:** правый желудочек 24 мм (N 16-24 мм), правое предсердие 50 мм (Nдо 40 мм), левое предсердие 21 мм (Nдо 20-40 мм). В верхней трети межпредсердной перегородки прерывание эхосигнала. Межжелудочковая перегородка 5 мм. ФВ 68%. Митральный клапан: структура створок – обычная, трикуспидальный клапан – структура створок обычная.

Допплерография: сброс крови через дефект в межпредсердной перегородке диаметром до 5 мм.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Оценить клинико - инструментальные методы исследования

4 Определите Вашу тактику в отношении ребенка, расскажите о принципах лечения, прогнозе заболевания.

5. Продемонстрируйте технику определения относительной сердечной тупости.

### Задача №6

Девочка 5 лет, жалобы со слов матери на кашель, слабость, одышку.

Анамнез заболевания: больна 3 недели. Заболевание началось с насморка, кашля, субфебрильной температуры. Лечилась амбулаторно (антибиотики, микстура от кашля). Состояние несколько улучшилось, но через неделю вновь отмечался подъем температуры 38,60, усилился кашель, появилась одышка и слабость.

Анамнез жизни: девочка от III беременности, 3 срочных родов. Беременность протекала с угрозой прерывания. Масса тела при рождении 3400 г, длина - 50 см. Вскармливалась грудью до 3-х мес., затем переведена на искусственное вскармливание. С 6 мес. проявления атопического дерматита. Пищевая аллергия на шоколад, апельсины, куриное мясо, яйцо. С 1 года часто болеет простудными заболеваниями. Родители и ближайшие родственники здоровы.

Объективно: Настоящее состояние тяжелое. Масса тела 16 кг, длина - 100 см, пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные, цианоз губ, носогубного треугольника. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание жесткое с обеих сторон, влажные мелкопузырчатые хрипы. Область сердца не изменена, визуализируется разлитой сердечной толчок, эпигастральная пульсация, пульсация шейных вен. Границы относительной сердечной тупости: правая по правой парастернальной линии; верхняя - II ребро; левая - по левой передне-подмышечной линии. Тоны сердца глухие, выслушивается систолический шум, экстрасистолы от 10 до 20 в минуту. ЧСС 120 в минуту. АД 70/40 мм. Аппетит резко снижен. Язык «географический». Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, селезенка на 1 см. Стула и мочеиспускание не нарушены.

Данные лабораторных исследований:

ОАК –HGB-124 г/л, RBC-4,1х1012/л, WBC-10,8х109/л,PLT - 278х109/л LYM – 48% MON – 10% NUET –38% EO-4%

п/я-3%, с/я-35%, СОЭ-16 мм/час.

**ЭХО-**КС: ФВ 36%. Митральный клапан, трикуспидальный клапан - структура створок обычная. Допплерография – без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, снижен вольтаж QRS, уширение комплекса QRS до 0,9 с. Сегмент ST I, II, V5-6 ниже изолинии на 1-3 мм. Частые суправентрикулярные экстрасистолы, перегрузка обоих желудочков и предсердий, метаболические изменения в миокарде.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Оценить клинико - инструментальные методы исследования

4 Определите Вашу тактику в отношении ребенка, составьте план лечения согласно современным протоколам, расскажите о прогнозе заболевания.

5. Продемонстрируйте технику определения относительной сердечной тупости, технику исследования пульса.

### Задача №7

Ребенок 7 лет

Анамнез заболевания: на профилактическом осмотре артериальное давление на руках 120/60 мм.рт. ст. Впервые шум сердца выслушан в возрасте 5 лет, от обследования отказались. При беседе с мамой выяснили, что ребенок в последний месяц периодически жалуется на головные боли, усталость при ходьбе, боли в животе после бега. По поводу данных жалоб ребенок направлен на обследование.

Анамнез жизни: Ребенок от 1 беременности (токсикоз первой половины, угрозы прерывания в 8 недель, ОРВИ) 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3000 г., длина – 52 см. Оценка по шкале Апгар7/8 баллов. Вскармливался грудью до 8 месяцев, прикормы по возрасту. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Проводилась ЭКГ в возрасте 6 месяцев, отклонений не было. Перенес ветряную оспу в возрасте 2- лет, ОРВИ до 4-6 раз в год. У матери гипертоническая болезнь, хр. пиелонефрит.

Объективно: Состояние средней тяжести. Телосложение диспропорциональное, хорошо развит плечевой пояс и верхние конечности, мышцы верхней половины гипертрофированы; снижено развитие нижних конечностей, нижние конечности холодные на ощупь. Вес 23 кг, рост 126 см. Кожный покров бледный. Над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 26 в минуту. Область сердца не изменена. При пальпации усилен верхушечный толчок. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – во II межреберье, левая – 1 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации тоны сердца средней громкости, ритмичные, по левому краю выслушивается грубый систолический шум, иррадиирующий в межлопаточное пространство, на сосуды шеи. Акцент 2 тона на аорте. Артериальное давление на руках 140/90 мм.рт. ст., на ногах - 90/60 мм. рт. ст. Пульс на бедренных артериях не определяется, на кубитальных (локтевой сгиб) напряжен. ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Данные лабораторные исследования:

ЭКГ:ЭОС горизонтальная. Синусовый ритм с ЧСС 60 ударов в минуту. Признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭХО-КС - коарктация аорты в нисходящем отделе с градиентом давления 47 мм.рт. ст. Умеренная гипоплазия аорты во всех отделах. Гипертрофия левого желудочка. Сократительная способность 78%. Диастолическая объемная перегрузка левого желудочка. Умеренно расширено левое предсердие.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Оценить клинико - инструментальные методы исследования.

4. Определите Вашу тактику в отношении ребенка, составьте план лечения согласно современным протоколам, расскажите о прогнозе заболевания.

5. Продемонстрируйте технику определения относительной сердечной тупости, технику исследования пульса, измерения АД.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ДЕМОНСТРАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

Рекомендации по изучению методик проведения физикального осмотра

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения физикального обследования пациента.

2. Отработайте на муляжах технику проведения физикального обследования пациента на практическом занятии или группами по два человека.

3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик физикального обследования пациента.

Задание №1. Техника проведения пальпации области сердца.

Задание №2. Техника проведения пальпации сосудов.

Задание №3. Техника проведения аускультации сердца.

Задание №4. Техника проведения измерения АД.

Задание №5. Техника записи ЭКГ.

Задание №6. Техника определения относительной сердечной тупости

Зоны выслушивания клапанов и отделов сердца у детей.

*Зона левого желудочка* – верхушка сердца, область IVи V межреберья на 2 см кнутри от верхушки и латерально – попередней подмышечной линии; это область выслушивания звуков митрального клапана, IIIи IV тонов левого желудочка, иногда – шумов при аортальных пороках.

*Зона правого желудочка* – нижняя треть грудины, а также область в IVи V межреберьях на 2-4 см влево и 2 см вправо от грудины; это область выслушивания трехстворчатого клапана, IIIи IV тонов правого желудочка, шумов при дефекте межжелудочковой перегородки и при недостаточности клапана легочной артерии.

*Зона левого предсердия* – на спине на уровне нижнего угла левой лопатки и латерально до задней подмышечной линии; это область выслушивания систолического шума при митральной недостаточности.

*Зона правого предсердия* – на уровне IVи V мержреберья на 1-2 см вправо от грудины; это область выслушивания систолического шума недостаточности трехстворчатого клапана.

*Аортальная зона* – в III межреберье слева и во II межреберье справа у края грудины; это область выслушивания звуков аортального клапана.

*Зона легочной артерии* – II межреберье слева у края грудины с распространением вверх до левого грудино-ключичного сочленения (в I межреберье) и вниз к III межреберью вдоль левого края грудины; это область выслушивания звуков клапана легочной артерии.

*Зона нисходящего отдела грудной аорты* – задняя поверхность грудной клетки над II- X грудными позвонками и на 2-3 см влево от задней срединной линии; это область выслушивания шумов при коарктации аорты, аневризмах, аортальном стенозе.

**Тема 3.** Методика обследования пациента с патологией желудочно-кишечного тракта

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Напишите топографические линии и области живота. Напишите методические приемы глубокой пальпации живота.

2. Какие отделы ЖКТ доступны глубокой пальпации и каковы их нормальные пальпаторные характеристики?

3. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Клиника. Основные синдромы. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

4. Методы лечения (диета, медикаментозное, немедикаментозные методы, санаторно-курортное) язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Показания к хирургическому лечению. Профилактика.

5. Хронический панкреатит. Первичные и вторичные панкреатиты. Клиническая картина. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. Дифференциальный диагноз.

6. Хронические холециститы и холангиты. Клиника. Диагностика. Лечение.

**7.**Органические и функциональные заболевания пищевода. Рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Дифференциальный диагноз.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. ПОЛИГЕННО НАСЛЕДУЕМОЕ ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ОБРАЗОВАНИЕМ ЯЗВ В ЖЕЛУДКЕ ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ С ВОЗМОЖНЫМ ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ И РАЗВИТИЕМ ОСЛОЖНЕНИЙ НАЗЫВАЮТ:

1) свежая язва

2) острая язва

3) язвенная болезнь

4) вторичная язва

1. ЗАЖИВЛЕНИЕ ЯЗВЫ В СРОК ДО ОДНОГО МЕСЯЦА, РЕМИССИЯ БОЛЕЕ ГОДА СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ, ПО ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК:

1) легкое

2) средней тяжести

3) тяжелое

4) очень тяжелое

3. В МЕТОДИКУ ГЛУБОКОЙ ПАЛЬПАЦИИ НЕ ВХОДИТ ЭТАП

1) постановка руки

2) набор кожной складки

3) погружение на выдохе

4) погружение на вдохе

5) скольжение

4. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СТАДИЯ ЯЗВЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

1) явная язва

2) фиброзная язва

3) начало эпителизации

4) хроническая язва

5. К СРЕДСТВАМ, СНИЖАЮЩИМ АГРЕССИВНЫЕ СВОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ОТНОСЯТ:

1) спазмолитики

2) ингибиторы протонной помпы

3) антагонисты дофамина

4) синтетические простагландины

6. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПОЛОЖИТЕЛЕН

1) симптом Щеткина-Блюмберга

2) симптом Мебиуса

3) симптом Мейо-Робсона

4) симптом Пастернацкого

5) симптом Мюссе

7. ПАЛЬПАЦИЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРОВОДЯТ

1) в правой подвздошной области

2) в левой подвздошной области

3) по биссектрисе угла, образованного белой линией живота и пупочной линией справа от белой линии живота

4) по обе стороны от срединной линии живота на уровне пупка

8. ПОЯВЛЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СИМПТОМА ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

1) перитонита

2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

3) хронического гастрита

4) хронического панкреатита

9. ПРИ РАЗВИТИИ ПЕРИТОНИТА ПОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

1) усиление кишечной перистальтики

2) исчезновение кишечной перистальтики

3) появление бедренного тона при перкуссии живота

4) при поверхностной пальпации живот мягкий,безболезненный

10. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ:

1. гастрина
2. панкреатического сока
3. холецистокинина
4. секретина
5. соляной кислоты

11. НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПЕЧЕНОЧНОГО ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. повышение активности аланиновой аминотрансферазы
2. повышение активности альдолазы
3. повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
4. гипоальбуминения
5. повышение уровня сывороточного железа

12. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФИБРОЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. варикозное расширение вен пищевода
2. кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта
3. дивертикул пищевода
4. астматический статус
5. рак кардиального отдела желудка

13. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМАМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОТНОСЯТСЯ:

1. нарушения проходимости комка пищи
2. растяжение грыжевого мешка
3. рефлюкс в пищевод
4. спазм пищевода
5. ничего из перечисленного

14. ОСНОВНЫМИ ОТЛИЧИЯМИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. локализация язвы
2. величина язвы
3. отсутствие хронического рецидивирующего течения
4. кровотечение
5. частая пенетрация

15. ЯЗВА ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ЧЕТЫРЕХНЕДЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕ ЗАРУБЦЕВАЛАСЬ, СОХРАНЯЮТСЯ БОЛИ ПОСТОЯННОГО ХАРАКТЕРА В ЭПИГАСТРИИ, СНИЖЕННЫЙ АППЕТИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ВКЛЮЧАЕТ:

1. продолжение прежнего лечения
2. внесение коррекции в лечение
3. проведение эндоскопии, с прицельной биопсией и гистологическим исследованием
4. постановка вопроса о хирургическом лечении
5. перерыв в лечении

16. БОЛЕВАЯ ТОЧКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, НАХОДЯЩАЯСЯ НА ГРАНИЦЕ СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ БИССЕКТРИСЫ ЛЕВОГО ВЕРХНЕГО КВАДРАНТА ЖИВОТА, НАЗЫВАЮТ ТОЧКОЙ

1) Дежардена

2) Мейо-Робсона

3) Кача

4) Мерфи

5) Боаса

17. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина
2. билирубинурия
3. увеличение активности трансаминаз
4. ретикулоцитоз
5. гипоальбуминемия

18. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. рентгенологический
2. ультразвуковой
3. биохимический
4. мультиспиральная компьютерная томография

19.ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. развитие сахарного диабета
2. снижение функции внешней секреции (гипоферментемия)
3. желтуха
4. повышение активности аминотрансфераз
5. гепатомегалия

20. БОЛЕВАЯ ТОЧКА ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, НАХОДЯЩАЯСЯ НА ГРАНИЦЕ ВЕРХНЕЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ БИССЕКТРИСЫ ЛЕВОГО КВАДРАНТА ЖИВОТА, НАЗЫВАЮТ ТОЧКОЙ

1) Мейо-Робсона

2) Кача

3) Дежардена

4) Мерфи

5) Боаса

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

Уважаемый ординатор!

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

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.

2. Подумайте и дайте свой ответ.

3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.

4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача № 1

Девочка, 11 лет.

Жалобы на интенсивные, ноющие боли в эпигастральной области интенсивные, чаще перед едой или через 1,5-2 часа после еды, отрыжку кислым, изжогу, склонность к запорам, периодически приступы кашля, редкие боли за грудиной.

Анамнез заболевания больна с 10 лет, питается нерегулярно, часто всухомятку. В течение последнего года периодически беспокоят боли в животе, лечилась самостоятельно (ферменты, иногда антацидные препараты). Последнее ухудшение состояния в течение 2 месяцев, на фоне подготовки к концерту (учится в школе искусств) появились резкие боли в животе, отмечалась однократная рвота, нарушение стула.

Анамнез жизни ребенок от I срочных родов. Масса при рождении 3800гр. Вскармливание естественное до 3 месяцев, затем адаптированная смесь до 1 года. В весе прибавляла плохо, отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул. До 3 лет неоднократно лечилась по поводу дисбактериоза кишечника. Девочка с 6 лет учится в гимназии, музыкальной школе, художественной студии.

Генеалогический анамнез отец девочки страдает хроническим гастритом, ГЭРБ.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Масса тела 30 кг, рост 135 см. Кожные покровы умеренно бледные, периорбитальные тени. Зев спокойный. Грудная клетка правильной формы. Аускультативно дыхание везикулярное, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 78 в минуту. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот округлой формы, равномерно участвует в дыхании, несколько вздут. Поверхностная пальпация безболезненная, при глубокой пальпации значительная болезненность в эпигастральной области и справа от пупка. Симптомы Мерфи, Керра, Ортнера - отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Стула не было в течение 2 суток.

Данные инструментальных исследований:

Эзофагогастродуоденоскопия: пищевод свободно проходим, стенки эластичные, перистальтика симметричная, активная, слизистая гиперемирована, гладкая, блестящая. Z-линия четкая, кардия расположена типично, сомкнута, проходима, функционирует ритмично. В теле желудка слизистая гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. По задней стенке желудка округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. На дне язвы определяется эрозивные сосуды со сгустком крови, после удаления которого открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица 12 перстной выраженным отеком и гиперемией. кишки средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой и конвергенции складок. Слизистая луковицы. рН – гиперацидность.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

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

Задача № 2

Девочка 12 лет больна в течение года. Жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью; отрыжка кислым.

Из анамнеза: у матери ребѐнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский анамнез без патологии. Учится в гимназии, занимается хореографией.

Объективно: правильного телосложения. Кожа бледно-розовая, чистая. Живот при поверхностной и глубокой пальпации с небольшим мышечным напряжением и болезненностью в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень не увеличена. Стул регулярный, оформленный. По другим органам без патологии.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отѐчная, на задней стенке язвенный дефект 0,8×0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

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

5.Продемонстрируйте проведение дыхательного хелик – теста.

Задача №3

К врачу обратилась пациентка 16 лет с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,6 С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

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

Задача №4

Больной А., 16 лет, обратился к врачу с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

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

Задача №5

Мальчик 13 лет обратился к участковому врачу-педиатру с жалобами на интенсивные ночные боли в эпигастральной области, рвоту с примесью желчи, возникающую на фоне болевого синдрома (приносит облегчение), отрыжку горьким, кислым, слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, нерегулярный стул, 1 раз в 2-3 дня.

Из анамнеза известно, что ребѐнок болен в течение пяти лет, обострение заболевания чаще весной и осенью.

Наследственный анамнез: у папы – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые. Дыхание везикулярное, ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 70 ударов в минуту. При осмотре ротовой полости язык с гипертрофированными сосочками, обложен бело-жѐлтым налѐтом. Живот болезненный в эпигастральной области и пилородуоденальной зоне.

Эзофагогастродуоденоскопия: луковица 12-перстной кишки стенозирована до 0,5 см практически всю заднюю стенку занимает хроническая язва 1,5×2,5 см, из-за деформации луковица полностью не просматривается.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

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

Задача №6

Мать с мальчиком 10 лет на приеме у участкового врача-педиатра. Со слов матери, ребенок предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, головную боль, изжогу, отрыжку кислым и горьким, боли в эпигастральной и околопупочной областях, ноющего характера, возникающие после еды.

Из анамнеза известно, что мальчик болен в течение 3 лет, не обследован. Наследственный анамнез: у отца - язвенная болезнь желудка. В питании часто употребляет газированные напитки, питается не регулярно. Мальчик проживает в селе, помогает родителям на приусадебном хозяйстве.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски. Язык обложен желтоватым налетом у корня. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. ЧДД - 22 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС- 84 удара в минуту, АД - 130/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя (+). Печень по краю реберной дуги, мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется.

ЭГДС -в пищеводе язвенный дефект 1,0×0,5 см, линейные эрозии, гиперемия абдоминального отдела.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

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

Задача №7

К врачу обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2-3 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

Объективно: температура 36,9 С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются заеды. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

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

Задача №8

Пациент 13 лет, больна около 8 месяцев. Со слов матери заболевание началось с вялости, утомляемости, затем появились боли в животе, эпизоды лихорадки и диарея. В течение последних 3 месяцев у ребенка разжиженный учащенный со слизью стул до 6 - 8 раз в день, в последний месяц в кале появились сгустки крови, за последние 2 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят спастические боли в животе перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение без стойкого эффекта.

Ребенок от первой беременности, на естественном вскармливании до 1 года. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, частые ОРВИ. Наследственность: у матери - аутоиммунный тиреоидит, у бабушки (по линии матери) - гастрит.

Объективно: рост 155 см, масса 38 кг. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы бледные, сухие, заеды в углах рта. Слизистые бледные, чистые. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. ЧДД - 22 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах. ЧСС - 100 ударов в минуту, тоны звучные, нежный систолический шум в точке Боткина, не связанный с тоном, за пределы сердца не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень +1,5 см из-под края рѐберной дуги. Стул жидкий до 6 раз в сутки, тенезмы, позывы к дефекации в ночное время, в кале примесь крови и слизи.

Общий анализ крови: Hb - 96 г/л, RBC - 3,7×1012/л, RET - 18‰, PLT - 330×109/л, WBC- 15,0×109/л, ЕО - 5%, NEUT - 50%, LYM-– 36%, МON - 9%, СОЭ - 28 мм/ч.

Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отѐчна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, множественные кровоизлияния, выражена контактная кровоточивость, на десятом сантиметре прямая кишка сужена на протяжении 1-1,5 см.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

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

Задача №9

К врачу обратилась больная, 66 лет, которая жалуется на острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в подложечной области, тошноту, рвоту. Заболела ночью, внезапно. Накануне вечером поела жареного гуся. Подобные боли впервые.

Объективно: температура 37,6 С. Общее состояние средней тяжести. Больная мечется, стонет. Легкая желтушность склер. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье. Отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге, при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

Задания

1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2 Назовите необходимые дополнительные исследования.

3 Перечислите возможные осложнения.

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

Задача №10

К врачу обратился мужчина 42 лет с жалобами на боли внизу живота и в левой половине, чередование поносов и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет.

Объективно: температура тела 37,1 С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

Задания

1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2 Назовите необходимые дополнительные исследования.

3 Перечислите возможные осложнения.

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

**ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ДЕМОНСТРАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

Рекомендации по изучению методик проведения физикального осмотра

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения физикального обследования пациента.

2. Отработайте на муляжах технику проведения физикального обследования пациента на практическом занятии или группами по два человека.

3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик физикального обследования пациента.

Задание №1. Техника проведения поверхностной пальпации передней брюшной стенки.

Задание №2. Техника проведения глубокой, скользящей, топографической, методической пальпации органов брюшной полости по Образцову-Стражеско.

Задание №3. Техника проведения ректального исследования.

Задание №4. Техника проведения пузырных рефлексов у детей

**Тема 4.** Онконастороженность. Тактика врача.

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Организация онкологической службы.

2. Какие заболевания являются предраковыми? Тактика ведения таких больных.

3. Анамнестические данные, позволяющие выделить больных с риском развития онкологических заболеваний. Профессиональные вредности

4. Синдром малых признаков в онкологии.

5. Онкогематология детского возраста. Лечение ОЛЛ.

6. Данные осмотра больных со злокачественными опухолями. Особенности осмотра детей.

7. Изменения крови и других лабораторных показателей при раке (лейкозах).

8. Методы скрининга в профилактических осмотрах, направленные на выявление онкологических заболеваний.

9. Учетные категории больных с раковыми и предраковыми заболеваниями.

10. Паранеопластические синдромы при системном воздействии опухоли на организм.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. В АНАЛИЗЕ КРОВИ БОЛЬНОГО ЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИОПРЕПАРАТАМИ ПЕРВЫМ ПРЕДВЕСТНИКОМ НАСТУПАЮЩЕЙ РЕМИССИИ СЛУЖИТ

1) исчезновение бластов

2) нормализация СОЭ

3) нормализация количества эритроцитов

4) нормализация количества тромбоцитов

2. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖЕН ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ В СОЗРЕВАНИИ КЛЕТОК КРОВИ

1) общий анализ крови

2) пункция костного мозга и его цитологическое исследование

3) пункция и биопсия лимфатических узлов

4) цитогенетическое исследование

3. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО - ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ

1) количество бластов в стернальном пунктате менее 5%

2) количество бластов в стернальном пунктате менее 10%

4. В ПУНКТАТЕ КОСТНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1) гиперплазия мегакариоцитарного ростка

2) количество мегакариоцитов снижено

3) аплазия костного мозга

4) бластные клетки

5. ДИАГНОЗ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА СТАНОВИТСЯ НЕСОМНЕННЫМ ПРИ  
1) анемическом и лимфопрлиферативном синдроме

2) гепатоспленомегалии

3) появлении бластных клеток в гемограмме

4) тотальном бластозе в костном мозге

6. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ «ЛЕЙКОЗ» ЯВЛЯЕТСЯ

1) миелограмма

2) клинический анализ крови

3) биохимический анализ крови

4) гистологическое исследование пунктата селезенки.

7. ЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ «ПРОВАЛ» В АНАЛИЗЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ  
1) остром лейкозе 2) гемофилии  
 3) хроническом лимфолейкозе  
 4) хроническом миелолейкозе

8.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЛЕЙКОЗА:

1) острый лимфобластный лейкоз

2) острые миелобластный лейкоз

3) острые монобластный лейкоз

4) острые недифференцированный лейкоз

9. ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ, ЦЕЛЬЮ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ МАКСИМАЛЬНО БЫСТРОЕ И СУЩЕСТВЕННОЕ СОКРАЩЕНИЕ ОПУХОЛЕВОЙ МАССЫ И ДОСТИЖЕНИЕ ПОЛНОЙ РЕМИССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) индукция

2) консолидация

3) интенсификация

4) реабилитация

10. БАЗАЛИОМА ОТНОСИТСЯ К:

1) доброкачественным опухолям

2) злокачественным опухолям

3) предраковым заболеваниям

4) дистрофическим процессам

11. НАИБОЛЕЕ ОПАСНА УЛЬТРАФИОЛЕТОВАЯ ИНСОЛЯЦИЯ ДЛЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) экзема

2) фотодерматит

3) пигментная ксеродерма

4) витилиго

12. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФАДЕНОПАТИЙ ОПУХОЛЕВОГО И РЕАКТИВНОГО ГЕНЕЗА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

1) цитологическом исследовании пункционной биопсии увеличенного лимфатического узла

2) гистологическом исследовании биоптата увеличенного лимфатического узла

3) иммунофенотипировании исследуемого материала

4) на основании всего перечисленного

13. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) немотивированное повышение температуры тела выше 38°

2) похудание более чем на 10% от исходного веса за последние 6 месяцев

3) профузная ночная потливость

4) все перечисленное

14. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) лимфогенный

2) гематогенный

3) смешанный

4) все перечисленное

15. ОСОБЕННОСТЯМИ HERPES ZOSTER У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) склонность к ранней диссеминации

2) тенденция к слиянию первичных элементов с вторичным инфицированием

3) атипическая локализация (по ходу межреберных промежутков)

4) правильно все перечисленное

16. ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ НЕОПЛАЗИЯХ:

1) рак молочной железы

2) рак яичников

3) рак щитовидной железы

4) рак поджелудочной железы

5) правильно 1 и 2

17. ОСНОВНЫМИ ТОКСИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХИМИОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) миелосупрессия

2) иммуносупрессия

3) кардиотоксичность

4) нефротоксичность

5) все перечисленное

18. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТСЯ:

1) семейный полипоз

2) неспецифический язвенный колит

3) ворсинчатая аденома

4) все ответы верны

19. ИНТЕРМИТТИРУЮЩИЙ ХАРАКТЕР ГЕМАТУРИИ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ РАКА:

1) почки

2) мочевого пузыря

3) мочеточника

4) предстательной железы

20. ПРИ ЖАЛОБАХ БОЛЬНОГО НА "ОХРИПЛОСТЬ" СЛЕДУЕТ ПРОЯВЛЯТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКУЮ НАСТОРОЖЕННОСТЬ ОТНОСИТЕЛЬНО:

1) рака гортани

2) рака щитовидной железы

3) хемодектомы блуждающего нерва

4) все ответы верны

21. В ГРУППУ РИСКА, ОТНОСИТЕЛЬНО ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ, СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ ПАЦИЕНТА:

1) белой расы, проживающего в регионах с повышенной солнечной инсоляцией

2) получавшего (в анамнезе) гормонотерапию

3) белокурого, голубоглазого

4) все ответы верны

22. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ МОМЕНТАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ:

1) узловой эутиреоидный зоб как облигатный предрак

2) аденома и аденоматоз щитовидной железы

3) стимуляция ткани щитовидной железы повышенным уровнем ТТГ и ионизирующим излучением

4) все ответы верны

23. ЭПИЗОДИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ ДИСФАГИИ МОГУТ ИМЕТЬ МЕСТО У БОЛЬНЫХ:

1) кардиоспазмом

2) раком пищевода

3) раком кардиального отдела пищевода

4) у всех вышеперечисленных групп

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

Уважаемый ординатор!

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

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.

2. Подумайте и дайте свой ответ.

3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.

4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача №1

Больной Т., 50 лет, работает слесарем, обратился в поликлинику на жалобы в верхней части живота, не связанные с едой, тошноту, плохой аппетит, слабость, усталость. Похудел на 5 кг за последние 6 мес при обычном весе 65 кг, росте 175 см.

В анамнезе - 12 лет страдает язвенной болезнью желудка, оперирован по поводу прободения язвы 7 лет назад, последнее обследование: год назад - рентген желудка. Вредные привычки - курит.

При осмотре: астенического сложения, тургор кожи на животе снижен. Язык обложен белым налетом. В легких жестковатое дыхание, ЧДД - 20 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в минуту, АД - 140/80 мм рт. ст., шумов нет. Живот мягкий, в области эпигастрия болезненный, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, пальпация безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул со склонностью к запорам. Отеков нет.

В анализах крови - гипохромная анемия, ускорение СОЭ.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз с обоснованием. Дополнительное обследование.

2. Метастазирование рака желудка (что было упущено во время осмотра).

3. В каких случаях онкологии рентгенография желудка не является достаточно информативным исследованием?

4. Какие заболевания являются предраковыми в отношении рака желудка?

Задача №2

При проведении профилактического осмотра на предприятии, работники которого находятся под воздействием УФ-радиации, следует выделить группу людей с дополнительным риском возникновения меланомы кожи. Укажите правильные критерии для отбора группы для дополнительного наблюдения.

Задача №3

Пациентка 48 лет обратилась к терапевту с жалобами на увеличении бляшки розового цвета на боковой поверхности шеи. Со слов пациентки около двух лет назад выше описанной области появилось розовато-телесная бляшка. Пациентка отмечает, что внимание на нее сразу не обратила, так как на коже имеются похожие врожденные родинки. Однако в последние месяцы заметила увеличение образования, «сползание» его вниз. При осмотре - в указанной локализации поверхностная бляшка, состоящая из двух частей. Верхняя часть розовато-коричневатого цвета, нижняя - серовато-белесоватая. Границы образования округлые, местами бляшка слегка возвышается. Ваша тактика.

Задача №4

Больной 50 лет жалуется на постоянный сухой кашель, одышку, похудание. При осмотре - шея и лицо одутловаты. Пульс 120 уд./мин, АД 170/100 мм рт. ст. Над ключицей слева пальпируются плотные лимфатические узлы диаметром до 3 см, практически безболезненные при пальпации. Ваш предварительный диагноз. Ваша тактика.

Задача №5

У пациента 48 лет с учетом клинических и рентгенологических данных диагностирована верхнедолевая пневмония справа. После проведенного курса лечения температура нормализовалась, улучшилось общее самочувствие. Контрольная рентгенография не выполнялась. Через четыре месяца вновь установлен диагноз верхнедолевой пневмонии справа. Ваша тактика.

Задача №6

Пациент 51 года на приеме у терапевта для диспансерного обследования. Жалоб не предъявляет. Наследственность отягощена по раку предстательной железы (у отца). В рамках каких медицинских мероприятий необходимо провести анализ крови на ПСА необходим?

Задача №7

Мальчик 5-ти лет, жалобы со слов родителей на бледность, слабость, боли в костях голеней.

Анамнез заболевания: Данные жалобы появились в течение 2-3-х недель после возвращения с отдыха на море.

Анамнез жизни: Мальчик от 1 беременности, протекавшей на фоне анемии. В родах - слабость родовой длительности, безводный период - 10 часов. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3800 г, длина - 50 см. На грудном вскармливании до 6 месяцев. В анамнезе частые ОРВИ, herpes labialis. Прививки по индивидуальному календарю. Из инфекций перенес ветряную оспу. Мать страдает анемией. Материально бытовые условия в семье хорошие.

Объективно: Состояние ребенка тяжелое. Отмечается выраженная слабость, боли в голенях, не может самостоятельно подняться по лестнице. Телосложение правильное. Масса тела 18 кг, длина - 108 см. Кожные покровы бледные с восковидным оттенком, «периорбитальные тени», слизистые бледные. Пальпируются увеличенные подчелюстные передне- и заднешейные лимфоузлы до размера крупной фасоли, плотноэластичной консистенции, не спаянные друг с другом, безболезненные. Подмышечные и паховые лимфоузлы плотно-эластичные, не спаянные друг с другом, пальпируются размером до горошины. Отмечается болезненность при перкуссии грудины. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. ЧД 25 в минуту. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. На верхушке в т. Боткина выслушивается короткий систолический шум, за пределы сердца не проводится. ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 5-6 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, селезенка пальпируется на 3 см из-под реберной дуги. Стул нерегулярно, дизурических расстройств нет.

  Данные лабораторного исследования: ОАК: НGB-86г/л, RBC-2,8х1012/л, WRC-24х109/л, MCH-1,2, ретикулоциты - 0,7, PLT - 100х109/л,

бластные клетки - 83%, п/я-13%, м-4%, СОЭ-25 мм/час.

Миелограмма: лимфоидные клетки - 70%, недифференцированные бласты - 68%, миелобласты - 6,7%, нейтрофильные миелоциты - 4,0%, нейрофильные метамиелоциты - 13,9%, моноциты - 3,4%, плазматические клетки - 1,2%, миелокариоциты - 96х109/л.

Вопросы.

1. Предполагаемый предварительный диагноз, факторы риска.

2. Оценить клинико - инструментальные методы исследования

3. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения согласно современным протоколам

6. Продемонстрируйте технику пальпации лимфатических узлов.

Задача №8

Больной 46 лет предъявляет жалобы на изжогу, чувство тяжести в желудке, отрыжку после еды, периодически срыгивания принятой пищей. В общем анализе крови – гемоглобин 100 г/л, эритроциты 4.0х1012/л, ЦП 0,75, лейкоциты в норме, СОЭ 30 мм/ч. Ваши рекомендации.

Задача №9

Мальчик 3-х лет, жалобы со слов матери на вялость, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов, повышение температуры тела, носовые кровотечения.

Анамнез заболевания: Родители считают, что ребенок болен 1 месяц, когда появилась вялость, бледность кожных покровов, ребенок стал отказываться от еды, повысилась температура тела, отмечались носовые кровотечения, периодически боли в костях.

Анамнез жизни: Мальчик от I1 беременности, протекавшей с токсикозом I и II половины, угрозой прерывания. Во II половине беременности мама перенесла грипп. Роды в срок. Масса тела при рождении 3400 г, длина - 50 см, крик слабый, к груди приложен через сутки, сосал неактивно. На грудном вскармливании до 4 месяцев. После года ОРВИ - 4-5 раз в год. Привит по индивидуальному календарю. Из инфекций перенес ветряную оспу.

Объективно: Состояние ребенка тяжелое, вялый. Телосложение правильное. Масса тела 13 кг, длина - 92 см. Кожные покровы бледные с восковидным оттенком, слизистые бледные. Периферические лимфоузлы шейные увеличены до III степени, подмышечные и паховые - до II степени, не спаянные между собой и окружающей тканью, безболезненные. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, ЧД 28 в минуту. Над легкими перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правый край грудины, левая на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - III ребро. Тоны сердца ритмичные, приглушены. На верхушке в т. Боткина систолический шум. ЧСС 110 в минуту. Живот увеличен в размере. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, край гладкий, селезенка пальпируется на 3 см из-под реберной дуги. Стул через день, дизурических расстройств нет.

  Данные лабораторного исследования: ОАК: НGB-88г/л, RBC-3,0х1012/л, WBC-12,2х109/л, MCH-1,0, LYM%-10%, MON%-6%,

миелобласты - 56,5%, промиелоциты - 3%, миелоциты - 2%, метамиелоциты - 2%, п/я-6%, с/я-12,5%, СОЭ-22 мм/час.

Вопросы.

1. Предполагаемый предварительный диагноз, факторы риска.

2. Оценить клинико - инструментальные методы исследования

3. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения согласно современным протоколам

6. Продемонстрируйте технику пальпации лимфатических узлов.

Задача №10

У пациентки 60 лет с желчно-каменной болезнью при УЗИ брюшной полости заподозрено наличие гипоэхогенного образования в головке поджелудочной железы. Вы рекомендуете.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ДЕМОНСТРАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

Рекомендации по изучению методик проведения физикального осмотра

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения физикального обследования пациента.

2. Отработайте на муляжах технику проведения физикального обследования пациента на практическом занятии или группами по два человека.

3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик физикального обследования пациента.

Задание №1. Техника проведения ректального исследования.

Задание №2. Техника проведения осмотра и пальпации молочных желез

Задание №3. Техника проведения осмотра, перкуссии и пальпации лимфатических узлов у детей

Задание №4. Техника проведения осмотра, перкуссии и пальпации печени и седезенки у детей

**Модуль 2.Специализированные навыки в практической деятельности врача аллерголога-иммунолога**

**Тема 1. Обследование пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и (или) иммунодефицитных состояний**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Основные правила интерпретации иммунограммы. Тесты 1-го и 2 - го уровня
2. Первичные иммунодефициты с дефектами клеточного звена иммунитета. Анамнез. Клиника. Диагностика, оценка иммунограммы. Лечение.
3. Первичные иммунодефициты с дефектами гуморального звена иммунитета. Анамнез.Клиника. Диагностика, оценка иммунограммы. Лечение.
4. Первичные иммунодефициты с дефектами фагоцитарного звена иммунитета. Анамнез.Клиника. Диагностика, оценка иммунограммы. Лечение.
5. Комбинированные первичные иммунодефициты. Анамнез. Клиника. Диагностика, оценка иммунограммы. Лечение.
6. Наследственный ангиоотек. Анамнез. Клиника. Диагностика, лечение.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. ЕСЛИ ИММУНОДЕФИЦИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ВИРУСНЫМ ИНФЕКЦИЯМ И МИКОЗАМ, СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ ДЕФЕКТ:

1. В-лимфоцитов
2. Т-лимфоцитов
3. фагоцитов
4. системы комплемента
5. продукции Ig

2. МЕТОДАМИ ОЦЕНКИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) подсчет количества Т- и В-лимфоцитов

2) определение CD4-лимфоцитов

3) определение CD8-лимфоцитов

4)верно все

3. В ДИАГНОСТИКЕ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ КОЛИЧЕСТВО Т И В ЛИМФОЦИТОВ В КРОВИ?

1) острые инфекционные заболевания

2) иммунодефицитные состояния

3) паразитарные заболевания

4) аллергические заболевания

4. БРУТОНОВСКАЯ ГИПОГАМАГЛОБУЛИНЕМИЯ СВЯЗАНА С ДЕФИЦИТОМ:

1) В-лимфоцитов

2) макрофагов

3) Т-клеток

4) моноцитов

5) нейтрофилов

5. В СЛУЧАЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВВОДЯТ:

1) адреналин (эпинефрин)

2) антигистаминные препараты

3) глюкокортикоиды

4) мезатон

6. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРОВОДЯТ IN VIVO:

1) кожные пробы, провокационные пробы, элиминационные пробы

2) определение иммунологических показателей

3) определение иммуноглобулинов

7. К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ОТНОСЯТСЯ:

1) изменения в системе иммунитета, проявляющиеся в первые месяцы и годы жизни

2) изменения в системе иммунитета, развившиеся в результате бактериальных и вирусных инфекций

3) изменения в системе иммунитета, детерминированные генетически

4) отсутствие изменений со стороны иммунной системы

8. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА М ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1) наличия острого инфекционного процесса

2) наличия хронического воспаления

3) атопии

4) гельминтоза

9.СЕЛЕКТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ ИММУНОГЛОБУЛИНА А МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬ:

1) атопическое заболевание

2) гепатиты

3) ангииты

4)дерматофитии

10. ВТОРИЧНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ИММЕЕТ ПРЕИМУЩЕСТВО ПО СРАВНЕНИЮ С ПЕРВИЧНЫМ:

1) более широкую специфичность

2) преобладание Ig М антител

3) продукция комплементсвязывающих антител

4) отличается высокой скоростью и силой

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) инфекционный синдром

2) аллергический синдром

3) аутоиммунный синдром

4) пролиферативный синдром

12. В ДИАГНОСТИКЕ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ КОЛИЧЕСТВО Т И В ЛИМФОЦИТОВ В КРОВИ?

1) острые инфекционные заболевания

2) иммунодефицитные состояния

3) паразитарные заболевания

4) аллергические заболевания

13. ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА:

1) наследуется

2) осуществляется только миелоидными клетками

3) не наследуется

4) формирует клетки иммунологической памяти

14. ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПАССИВНЫЙ ИММУНИТЕТ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

1) получения антител через плаценту от матери

2) вакцинации

3) введения сыворотки

4) перенесенного заболевания

15. ПРОЯВЛЕНИЕМ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) наследственный ангионевротический отек

2) аллергическая крапивница

3) синдром Лайелла

4) синдром Ди - Джорджи

16. ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЁКА ХАРАКТЕРНЫ:

1) нормальный уровень компонентов комплемента С2, С4 и ингибитора С1-эстеразы в сыворотке крови

2) сниженный уровень компонентов комплемента С2, С4 и ингибитора С1-эстеразы в сыворотке крови

3) сниженный уровень ЦИК, IgА, IgE в сыворотке крови

4) нормальный уровень ЦИК, IgА, IgE в сыворотке крови

17. СВОЙСТВА ПОЛНОЦЕННЫХ АНТИГЕНОВ:

1) чужеродность

2) отсутствие детерминантных групп

3) низкий молекулярный вес

18. АНТИГЕНЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:

1) вещества, вызывающие появление специфических цитотоксических Т-лимфоцитов (ЦТЛ) и синтез специфических антител

2) вещества, вызывающие фагоцитоз

3) вещества, вызывающие активацию системы комплемента

19. МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК СВЯЗАН С:

1) IgM

2) sIgA

3) IgG

4) тучными клетками

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

Уважаемый ординатор!

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

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.

2. Подумайте и дайте свой ответ.

3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.

4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

**Задача №1.**

Больная А., 7 лет, поступила в стационар.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания. Роды 1-е, срочные, самостоятельные, вторичная слабость родовой деятельности, безводный период около суток, выписана из родильного дома на 3 сутки. Ранний неонатальный период без патологии. Росла и развивалась по возрасту, самостоятельно пошла в 10 мес. Наследственный анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания: после года у девочки отмечается неустойчивость походки, частые падения, заваливания в покое и при движении, непроизвольные движения в туловище и конечностях. Частые простудные заболевания. Неоднократно перенесла пневмонию до 3-4 раз в год. С 1г. 8 мес. отмечается усиление слюноотделения.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Сознание ясное. Походка неустойчивая, непроизвольные движения руками, головой. Кожный покров бледный, на коже туловища пигментные и депигментированные пятна. Отмечается повышенная растяжимость кожной складки. На конъюнктиве телеангиэктазии. Носовое дыхание свободное. Зев спокойный. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание безболезненное. Очаговой симптоматики и менингиальных знаков нет.

Общий анализ крови: Нb -122 г/л, эрит.-5,76х1012/л, лейк.-4,2х109/л, тр. -209х10³, нейтр. -78%, м- 6 %, лимф.- 12%,э-4%, СОЭ– 15 мм/ч, вр.св.-345-420.

Биохимический анализ крови: общ. белок- 73 г/л, общ.билирубин-7,2 мкмоль/л, глюкоза- 5,6 ммоль/л., креатинин-69 мкмоль/л, мочевина-4,3 ммоль/л.

Иммунологический анализ крови: IgA-0,38г/л (N 0,79-1,69),Ig М-1,91 г/л (N 0,4-0,9), IgG-4,62 г/л (N 6,67-11,79).

**Задания.**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2.Перечислите дополнительные методы обследования

3.Оцените иммунологический анализ крови.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента. Нуждается ли ребенок в заместительной иммунотерапии?

5. Назовите режимы заместительной иммунотерапии

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Первичный иммунодефицит, атаксия-телеангиэктазия (синдром Луи-Бар). Синдром дисплазии соединительной ткани

2.Цитологическое исследование: повышенный уровень хромосомных абераций и ломкости хромосом.

3. Иммунологический анализ крови: отклонения от нормы IgA-0,38г/л - снижен, Ig М-1,91 г/л - повышен, IgG-4,62 г/л - снижен.

4. При первичном иимунодефиците показана пожизненная заместительная терапия внутривенными иммуноглобулинами. Цель: снижение частоты и тяжести бактериальных инфекций и предотвращение развития тяжелых осложнений, а также жизнеугрожающих инфекций

5.Заместительная терапия используется в режиме насыщения и в режиме поддерживающей иммунотерапии.

Режим насыщения -до достижения целевого уровня IgG: препараты стандартных иммуноглобулинов для внутривенного введения (октагам, габриглобин, пентоглобин) в дозе насыщения 2 раза в неделю в дозе 0,1-0,2г/кг (в месячной дозе до 1,2г/кг).

Режим поддерживающей иммунотерапии - по достижении уровней IgG не ниже 6-8 г/л и при подавлении активности инфекционного процесса: препараты стандартных иммуноглобулинов для внутривенного введения 1 раз в месяц в дозе 0,1-0,2 г/кг

**Задача №2.**

Больной М., 1 год, поступил с жалобами со слов мамы на частые респираторные заболевания, бронхиты, синуситы, отиты, пневмонии.

Анамнез жизни: роды II срочные, физиологичные, вес 3890 гр. Грудное вскармливание до 7 мес.

Анамнез заболевания: с 8 месяцев стал часто болеть, в возрасте 10 месяцев перенес пневмонию.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожный покров бледный. Носовое дыхание свободное. Зев спокойный. Гипоплазия миндалин. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Мочеиспускание безболезненное. Очаговой симптоматики и менингиальных знаков нет.

Общий анализ крови: Нb - 121 г/л, Эр - 4,lx1012/л, Лейк. - 5,0х109/л, п/я - 2%, с/я - 56%, л - 40%, м - 2%, СОЭ -10 мм/час.

Краткий иммунный статус:IgA-0 г/л, Ig М-0г/л, IgG-5,2 г/л. В-лимф. - 1%, Т-лимф. - 57%.

**Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2.Какое обследование необходимо провести для верификации диагноза?

3. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента. Нуждается ли ребенок в заместительной иммунотерапии?

4.Назовите режимы проведения заместительной иммунотерапии

**Задача №3**

Больной Д, 3 года, поступил с жалобами со слов мамы на частые респираторные заболевания, бронхиты, отиты, пневмония.

Анамнез жизни: роды I срочные, масса 3890 гр., длина 52 см. Грудное вскармливание до 6 мес.

Анамнез заболевания: с 7 месяцев частые респираторные заболевания, бронхиты, отиты. Неоднократно перенес внебольничную пневмонию.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожный покров бледный. Носовое дыхание свободное. Зев спокойный. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, неустойчивый. Мочеиспускание безболезненное.

При обследовании получены следующие данные:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У обследуемого** | **Норма** |
| Лимфоциты(%) | 61 | 60 |
| Лимфоциты (109/л) | 2,379 | 2,380 |
| СD3+лимфоциты (%) | 70 | 55-70 |
| СD3+лимфоциты (109/л) | 1.665 | 0,825 – 1,900 |
| CD19+лимфоциты (%) | 29 | 8 – 20 |
| СD19+лимфоциты (109/л) | 0.690 | 0,120 – 0,540 |
| CD4+ лимфоциты (%) | 42 | 8 – 20 |
| CD8+лимфоциты (%) | 37 | 0,120 – 0,540 |
| IgA, г/л | 0 | 0,9 – 1,6 |
| IgM, г/л | 1,35 | 0.7-3.15 |
| IgG, г/л | 11,12 | 8 – 13 |

**Задания**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Оцените иммунограмму, какие показатели отклоняются от нормы?
3. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.Нуждаются ли ребенок в иммунотерапии?
4. Расскажите протокол лечения, меры профилактики, прогноз.

**Задание 4**

**Таблица 1.**

Пациент К. 5 лет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У обследуемого** | **Норма** |
| Лимфоциты(%) | 61 | 60 |
| Лимфоциты (109/л) | 2,379 | 2,380 |
| СD3+лимфоциты (%) | 70 | 55-70 |
| СD3+лимфоциты (109/л) | 1.665 | 0,825 – 1,900 |
| CD19+лимфоциты (%) | 29 | 8 – 20 |
| СD19+лимфоциты (109/л) | 0.690 | 0,120 – 0,540 |
| CD4+ лимфоциты (%) | 42 | 8 – 20 |
| CD8+лимфоциты (%) | 37 | 0,120 – 0,540 |
| IgA, г/л | 0 | 0,9 – 1,6 |
| IgM, г/л | 1,35 | 0.7-3.15 |
| IgG, г/л | 11,12 | 8 – 13 |

**Задание**

1. Оцените иммунограмму и поставьте предварительный иммунологический диагноз
2. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.

**Задание 5**

**Таблица 1.**

Пациент К. 16 лет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У обследуемого** | **Норма** |
| СD3+лимфоциты (%) | 70 | 55-70 |
| СD3+лимфоциты (109/л) | 1.8 | 0,825 – 1,900 |
| CD19+лимфоциты (%) | 5 | 8 – 20 |
| СD19+лимфоциты (109/л) | 0.15 | 0,120 – 0,540 |
| CD4+ лимфоциты (%) | 37 | 8 – 20 |
| CD4+ лимфоциты(109/л) | 0.8 | 0,120 – 0,540 |
| CD8+лимфоциты (%) | 30 | 27-35 |
| CD8+лимфоциты(109/л) | 0.8 | 0.6-0.9 |
| IgA, г/л | 0.7 | 0,9 – 1,6 |
| IgM, г/л | 0.2 | 0.7-3.15 |
| IgG, г/л | 3.1 | 8 – 13 |

**Задание**

1. Оцените иммунограмму и поставьте предварительный иммунологический диагноз

2. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.

**Задание 6**

**Таблица 1.**

Пациент К. 18 лет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У обследуемого** | **Норма** |
| СD3+лимфоциты (%) | 59 | 55-70 |
| CD20+лимфоциты (%) | 30 | 10-17 |
| CD4+ лимфоциты (%) | 52 | 8 – 20 |
| CD8+лимфоциты (%) | 14 | 27-35 |
| CD8+лимфоциты(109/л) | 3,7 | 0.6-0.9 |
| IgA, г/л | 0 | 0,9 – 1,6 |
| IgM, г/л | 1,3 | 0.7-3.15 |
| IgG, г/л | 15,5 | 8 – 13 |
| ЦИК | 12 | 12-20 |
| Фагоцитарный индекс | 35 | 59-67 |
| Фагоцитарное число | 2,6 | 3,7-4,8 |

**Ответьте на следующие вопросы:**

1. Оцените иммунограмму и поставьте предварительный иммунологический диагноз. Какое звено иммунного ответа подавлено?

2. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ДЕМОНСТРАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

Рекомендации по изучению методик проведения физикального осмотра

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения физикального обследования пациента.

2. Отработайте на муляжах технику проведения физикального обследования пациента на практическом занятии или группами по два человека.

3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик физикального обследования пациента.

**Задание №1.** Техника проведения исследования лимфатической системы

**Задание № 2.** Техника проведения пальпации грудной клетки.

**Задание № 2.** Техника проведения сравнительной перкуссии легких.

**Задание № 3.** Техника проведения сравнительной аускультации легких.

**Задание № 4.** Техника проведения пальпации печени, селезенки.

**Задание №5**. Составить протокол лечения селективного иммунодефицита IgA согласно клиническим рекомендациям

**Тема 2. Скарификационные тесты, методика проведения, оценка результатов.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Стандарт оснащения кабинета врача - аллерголога-иммунолога

2. Виды кожных проб (апликационные, скарификационные, внутрикожные)

3. Характеристика аллергенов. Методы стандартизации аллергенов.

4. Скарификационные тесты, методика проведения, оценка результатов.

5. Протоколы/схемы АСИТ. Основные лечебные формы аллергенов

6. Инъекционные методы АСИТ. Показания и противопоказания. Осложнения АСИТ

7. Сублингвальная АСИТ. Схема проведения сублингвальной АСИТ. Правила хранения аллергенов.

8. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке. Состав противошокового набора.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. КОЖНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

1) в сезон паллинации растений

2) через 3 дня после окончания паллинации

3) вне сезона паллинации во время ремиссии заболевания

4) независимо от времени года и состояния больного

2. КОЖНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ:

1) поллинозом

2) хроническим бронхитом

3) хроническим гайморитом

4) экземой

3. КОЖНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ МОЖНО ПРОВОДИТЬ:

1) на фоне приема антигистаминных препаратов

2) в первый день после отмены антигистаминных препаратов

3) на второй день после отмены антигистаминных препаратов

4) через 3 дня после отмены антигистаминных препаратов

4. КОЖНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ БОЛЬНОГО ПОЛЛИНОЗОМ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:

1) с капельной кожной пробы

2) со скарификационной кожной пробы

3) с внутри кожной пробы

4) с аппликационного теста

5. ВНУТРИКОЖНЫЕ ПРОБЫ БОЛЬНОМУ ПОЛЛИНОЗОМ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ:

1**)** при положительном анамнеза и ложноотрицательных результатах прик-тестов

2) при отрицательном анамнезе и отрицательныхприк-тестах

3) только при положительном анамнезе

4) при положительном анамнезе и убедительныхприк-тестах

5) при частых ОРВИ в анамнезе

6. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОЖНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) подростковый возраст

2) сезон паллинации растений

3) зимний период

4) положительный аллергологический анамнез

7. ДЛЯ КОЖНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ С БЫТОВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ПРИМЕНЯЮТ ГИСТАМИН:

1) 0,001%

2) 0,01%

3) 0,0001%

4) 0,1%

8. КОЖНЫЕ ПРИК-ТЕСТЫ ОПТИМАЛЬНО ПОСТАВИТЬ С:

1) 3-4 аллергенами

2) с 18-20 аллергенами

3) с 10-12 аллергенами

4) количество аллергенов не имеет значения

9. КОЖНЫЕ ПРОБЫ СЧИТАЮТСЯ ДОСТОВЕРНЫМИ, ЕСЛИ:

1) тест-контроль, гистамин и аллергены дали положительную реакцию

2) тест-контроль, гистамин и аллергены дали отрицательную реакцию

3) тест-контроль и гистамин дали отрицательную реакцию

4) тест-контроль дал отрицательную, а гистамин - положительную реакцию

5) тест-контроль дал положительную, а гистамин - отрицательную реакцию

10. ПРОВЕДЕНИЕ АСИТ ПОЗВОЛЯЕТ:

1) предупредить расширение спектра аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность

2**)** расширить спектр аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность

3) повысить чувствительность к медиатору аллергии - гистамину

4)увеличить продолжительность обострения и потребность в терапии

11. ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ МЕТОДЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПОЛЛИНОЗА ЭКСТРАКТ АЛЛЕРГЕНА ВВОДИТСЯ:  
  
1) предсезонно2) круглогодично

3) внутрисезонно

4) независимо от сезонности заболевания

12.СРОКИ ХРАНЕНИЯ ВСКРЫТЫХ ФЛАКОНОВ С АЛЛЕРГЕНАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТАВЛЯЮТ:

1) 1 месяц

2) 2 месяца

3) 1 год

4) 1 неделя

5)2 года

13.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКАРИФИКАЦИОННЫХ ТЕСТОВ РЕАКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИМЕЮТСЯ:

1) участок гиперемии диаметром 1 мм

2) гиперемия более 1 мм в диаметре

3) волдырь 1 мм

4) размеры как в контроле

5) гиперемия более 10 мм в диаметре

14. ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ОЧЕРЕДНОЙ ИНЪЕКЦИИ ЛЕЧЕБНОГО АЛЛЕРГЕНА НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

1) в течение 30 минут

2) в течение 10 минут

3) в течение 40-60 минут

15.К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ:

1) нейсерии

2) стафилококк белый

3) домашняя пыль

4) кандида

16. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С НЕБАКТЕРИАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИМЕНЯЮТ:

1) скарификационные тесты

2) внутрикожные тесты

3) prick-тесты

4) аппликационные тесты

5) провокационные тесты

17. ПРАВИЛА ХРАНЕНИЯ СТАЛОРАЛЬ:

1) в холодильнике при температуре +2-+8 0 С

2) в морозильной камере

3) при комнатной температуре

4) в темном прохладном месте

18.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОЛНОГО КУРСА АСИТ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ:

1) 1 год

2) 2 года

3) 3-5 лет

19.СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА ВКЛЮЧАЕТ:

1) аллергены для диагностики и лечения, противошоковый набор, пикфлоуметр, аппарат для измерения артериального давления

2) ппарат УЗИ

3) электрокардиограф

4) компъютерный томограф

20.СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ:

1) симптомы которого не контролируются фармакологическми препаратами

2) в сочетании с тяжелой атопической астмой

3) круглогодичного течения или сезонным с длительным сезоном палинации

4) в сочетании с атопическим дерматитом

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

Уважаемый ординатор!

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

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.

2. Подумайте и дайте свой ответ.

3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.

4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

**Задача №1.**

Девочка Д., 10 лет обратилась к врачу с жалобами на заложенность носа, чихание, зуд глаз, сухой кашель

Анамнез заболевания: в течение последних 3 лет с апреля по июнь отмечает чихание, зуд, обильное слизистое отделяемое из носа и приступообразный кашель.

Анамнез жизни: ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3550 г, длина 52 см. С 1 месяца на искусственном вскармливании. До года атопический дерматит, в 3 года острая крапивница при употреблении меда. У мамы - бронхиальная астма, у отца - поллиноз.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, суховат. Отмечаются периорбитальные тени. Дыхание через нос затруднено, обильное водянистое отделяемое. ЧД - 22 в 1 минуту. Грудная клетка не вздута, при аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 120 г/л, эр - 4,3х1012/л, лейк – 6,6х109/л, п/я – 2%, с/я –35%, л –45%, э –10%, м – 8%, СОЭ – 6 мм/час.

IgE общий в сыворотке крови – 200МЕ/мл

Цитологический анализ со слизистой носа: эоз-25 в п/зр.

**Задания**

1.Поставьте предварительный диагноз?

2. Составьте план обследования

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4.Определите Вашу тактику в отношении данного пациента в периоде ремиссии заболевания. Нуждаются ли ребенок в специфической иммунотерапии? Нуждаются ли ребенок в проведении теста с бронхолитиком?

5. Расскажите показания и противопоказания для АСИТ. Выберите способ проведения АСИТ.

6. Продемонстрируйте выполнение теста с бронхолитиком.

**Задача № 2.**

Больной О., 7 лет, жалобы со слов матери на обильные водянистые выделения из носа, чихание, зуд в области носа, глаз и ушей, нарушение носового дыхания. Данные жалобы впервые.

Анамнез заболевания: жалобы сохраняются в течение всего майского месяца, семья проживает на даче.

Анамнез жизни: ребенок от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 49 см. До 3 лет атопический дерматит с обострениями при нарушении диеты. У мамы - поллиноз.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожный покров сухой. Отмечается одутловатость лица с красными глазами, рот приоткрыт, сухие, потрескавшиеся губы, распухший нос, воспаленные веки. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистое отделяемое. ЧД- 24 в минуту. Грудная клетка не вздута, при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 128 г/л, эр – 4,5х1012/л, лейк – 6,8х109/л, п/я – 2%, с/я - 37%, л - 48%, э - 15%, м - 8%, СОЭ – 6 мм/час.

**Задания.**

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Составьте план обследования

3. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента в периоде обострения и ремиссии заболевания.

4. Расскажите показания и противопоказания для проведения КСП.

5. Продемонстрируйте выполнение КСП с пыльцевыми аллергенами. Схема учета скарификационных кожных проб

**Задача №3.**

Ребенок 13 лет, наблюдается аллергологом в областном детском центре аллергологии и клинической иммунологии, амбулаторный осмотр.

Анамнез заболевания: С 2х-летнего возраста высыпания, частые эпизоды бронхообструкции. В 8 лет выставлен диагноз: Бронхиальная астма. Тогда же назначена базисная терапия (монтелукаст) - курсами по 3 месяца. С 10 лет в связи с учащением обострений и ежедневной потребностью в бронхолитиках, назначен бекламетазондипропионат в дозе 250 мкг/сут. Переведен на комбинированный препарат серетид, доза 25/250 мкг/сут, однако на этом фоне отмечались ежедневные приступы затрудненного дыхания, дозасеретидаувеличена до 25/500 мкг/сут. Втечение нескольких лет в апреле-июле заложенность носа, чихание, зуд. Последнее обострение в мае на фоне цветения.

Семейный анамнез: мать ребенка страдает бронхиальной астмой. У бабушки по линии мамы – поллиноз.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа сухая, лихеноидные элементы в локтевых сгибах. Носовое дыхание затруднено. Грудная клетка цилиндрической формы, эластична. Одышки нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий IgE в сыворотке крови: 220 ЕД/л.

Аллергопробы (prick-test): береза(++++), ольха (++++), лещина (++++); домашняя пыль ++.

ФВД на фоне постоянной терапии серетидом: ОФВ1- 77%, ПСВ- 78%

**Задания.**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Оцените данные обследования. Укажите дополнительные методы обследования?

3. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.

4. Расскажите методику проведения АСИТ, противопоказания.

5. Продемонстрируйте выполнение КСП с пыльцевыми аллергенами, выполнение теста с бронхолитиком, выполнение АСТ теста (тест по контролю над астмой) для оценки эффективности детей с БА.

**Задача №4.**

Больная И., 18 лет, страдает поллинозом.

Пациентке выполнялись кожные скарификационные пробы с пыльцевыми аллергенами. При оценке результата - на аллерген березы волдырь (папула) более 10мм с псевдоподиями, гиперемия. Через 5-7 минут после проведения скарификационного теста пациентка почувствовала затруднение дыхания, появление отека в области лица, чувство внутренней тревоги, слабости. Семейный анамнез: у отца больной бронхиальная астма, мать страдает хронической крапивницей.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы с элементами уртикарных высыпаний в области спины, плеч, отек в области губ. Дыхание затруднено. Грудная клетка несколько вздута. ЧД -26 уд/мин. При аускультации легких - выдох удлинен, выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 130уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД -90/60 мм рт. ст. (исходное АД до КСП 120/80 мм.рт.ст.). Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

**Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

3. Продемонстрируйте технику применения карманного ингалятора.

4. Что входит в состав противошокового набора (основные препараты)?

**Задание 5**

Пациент К. 10 лет. В анамнезе поллиноз в течение 5 лет, обострение в июне- июле. Проведены кожные тесты с пыльцевыми аллергенами

**Таблица 1.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Аллерген** | **Результат у обследуемого** | **Характеристика реакции** |
| береза | + | Волдырь2 мм, заметен только при натягивании кожи, гиперемия |
| тимофеевка | ++++ | Волдырь 10 мм, волдырь с псевдоподиями, гиперемия |
| полынь | + | Волдырь 3 мм, заметен только при натягивании кожи, гиперемия |

**Задание**

1. Оцените аллергологический анамнез

2. Оцените результат скарификационных кожных тестов

3. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.

**Задание 5**

**Таблица 1.**

Пациент К. 16 лет. В анамнезе поллиноз длительное время, обострение в апреле- мае. Проведены кожные тесты с пыльцевыми аллергенами

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Аллерген** | **Результат у обследуемого** | **Характеристика реакции** |
| береза | ++++ | Волдырь 10 мм, волдырь с псевдоподиями, гиперемия |
| тимофеевка | + | Волдырь2 мм, заметен только при натягивании кожи, гиперемия |
| полынь | + | Волдырь 3 мм, заметен только при натягивании кожи, гиперемия |

**Задание**

1. Оцените аллергологический анамнез

2. Оцените результат скарификационных кожных тестов

3. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ДЕМОНСТРАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

Рекомендации по изучению методик проведения кожных скарификационных тестов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения кожного тестирования с аллергенами.

2. Отработайте на муляжах технику проведения кожного тестирования с аллергенами на практическом занятии или группами по два человека.

3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик кожного тестирования с пыльцевыми, бытовыми, эпидермальными, пищевыми и грибковыми аллергенами.

**Задание №1.** Техника проведения кожного тестирования с пыльцевыми аллергенами. Оценка результатов.

**Задание № 2.** Техника проведения кожного тестирования с бытовыми аллергенами. Оценка результатов.

**Задание № 3.** Техника проведения кожного тестирования с эпидермальными аллергенами. Оценка результатов.

**Задание № 4.** Техника проведения кожного тестирования пищевыми аллергенами. Оценка результатов.

**Задание №5**. Составить предсезонные протоколы АСИТ согласно клиническим рекомендациям

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Тестирование** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| «ТРИ БАЛЛА» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| «ДВА БАЛЛА» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |
| **Письменный опрос** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется студенту, если он владеет понятийным аппаратом, демонстрирует глубину и полное овладение содержанием учебного материала, в котором легко ориентируется |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется студенту, за умение грамотно излагать материал, но при этом содержание и форма ответа могут иметь отдельные неточности; |
| «ТРИ БАЛЛА» выставляется, если студент обнаруживает знания и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, не умеет доказательно обосновывать свои суждения; |
| «ДВА БАЛЛА» выставляется, если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл. |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |
| **Проблемно-ситуационные задачи** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ» – студент правильно и полно проводит первичную оценку состояния, самостоятельно выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» – студент правильно проводит первичную оценку состояния, выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку. Допускаются отдельные незначительные затруднения при ответе; обоснование и итоговая оценка проводятся с дополнительными комментариями преподавателя; |
| «ТРИ БАЛЛА» – студент правильно, но неполно проводит первичную оценку состояния пациента. Выявление удовлетворение каких потребностей нарушено, определение проблемы пациента возможен при наводящих вопросах педагога. Ставит цели и планирует врачебные вмешательства без обоснования, проводит текущую и итоговую оценку с наводящими вопросами педагога; затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации |
| «ДВА БАЛЛА» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |
| **Практические навыки** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются. |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности. |
| «ТРИ БАЛЛА». Студент проявил знания основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности, но допустил не более одной принципиальной ошибки, рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима. |
| «ДВА БАЛЛА». Студент обнаружил существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами. |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |

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

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

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

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

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

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

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

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Ступенчатый подход к базисной противовоспалительной терапии БА у детей. Способы доставки препаратов.
2. Основные клинические признаки первичного иммунодефицита.
3. Противопоказания к проведению кожного тестирования с аллергенами.
4. Сублингвальная АСИТ. Схема проведения сублингвальной АСИТ. Правила хранения аллергенов.

**Перечень практических заданий для проверки практических навыков**

1. Скарификационные тесты, методика проведения, оценка результатов

2. Основные правила интерпретации иммунограммы. Тесты 1-го и 2 – го уровня

3. Проведение теста с бронхолитиком. Оценка результата.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра «Детские болезни»

направление подготовки (аллергология и иммунология)

дисциплина «Симуляционный курс»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1.**

**I.** Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы с обструктивным бронхитом, инородным телом, муковисцидозом, инфильтративным туберкулезом легких.

**II.** Основные клинические проявления аллергического ринита. Диагностика, кожное тестирование. Лечение, профилактика.

**III.** Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке. Состав противошокового набора.

Заведующая кафедрой

Детских болезней

д.м.н., профессор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Попова Л.Ю)

Декан факультета подготовки кадров

высшей квалификации

к.м.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ткаченко И.В.)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации**

**Симуляционное оснащение:**

* + 1. манекен с возможностью имитации аускультативной картины различных заболеваний сердца и легких, с функцией пальпации верхушечного толчка, визуализации вен шеи и пульсации центральных и периферических артерий, синхронизированных с сердечными фазами или симулятор для аускультации сердца и легких с синхронизацией показателей артериального давления и пульсации сосудов
    2. многофункциональный робот-симулятор, позволяющий оценить состояние, выделить ведущие синдромы и оказать медицинскую помощь, в комплекте с оборудованием для проведения общемедицинских диагностических и лечебных вмешательств: имитации дыхательных звуков и шумов; визуализации экскурсии грудной клетки; имитации пульсации центральных и периферических артерий; генерации заданной электрокардиограммы на медицинское оборудование; речевого сопро-вождения; моргания глаз и изменения просвета зрачков; имитации аускультативной картины работы сердца, тонов/шумов сердца; имитация показателей АД и температуры тела через симуляционный монитор пациента
    3. Искусственная кожа / манекен (верхняя конечность) с возможностью имитации кожных покровов.**Медицинское оснащение:**
       1. Стол рабочий
       2. Стул
       3. Кушетка
       4. Раковина
       5. Средства для обработки рук
       6. Приспособление для высушивания рук
       7. Стетофонендоскоп
       8. Тонометр
       9. Источник света (карманный фонарик)
       10. Спиртовые салфетки
       11. Смотровые перчатки
       12. Настенные часы с секундной стрелкой
       13. Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б)
       14. Телефонный аппарат
       15. Тележка на колесиках для размещены оборудования, расходных материалов и лекарственных средств
       16. Лицевая маска кислородная
       17. Источник кислорода
       18. Пульсоксиметр
       19. Электрокардиограф
       20. Бутылка питьевой воды без газа
       21. Пластиковой одноразовый стаканчик
       22. Термометр инфракрасный
       23. Экспресс-анализатор глюкозы
       24. Штатив для длительных инфузионных вливаний
       25. Смотровые перчатки
       26. Спиртовые салфетки
       27. Шприц 20 мл с иглой 0,4-0,8 мм
       28. Периферический венозный катетер 22 G
       29. Система для внутривенных инфузий
       30. Пластырь для периферического венозного катетера
       31. Бинт нестерильный
       32. Ампулы и флаконы, заполненные дистиллированной водой для имитации лекарственных средств).
       33. Кожный антисептик в пульверизаторе
       34. Салфетки для высушивания антисептика после его экспозиции

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-5  готовность к определению у пациентов  патологических состояний, симптомов,  синдромов заболеваний,  нозологических форм в соответствии с  Международной статистической  классификацией болезней и проблем,  связанных со здоровьем | Знать:  Основные патологические  состояния, клинические симптомы,  синдромы заболеваний,нозологических форм в соответствии сМеждународной статистической  классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | Вопросы:  №1-16;  №1, №9, №13;  №3; №5,10;  №10-11. |
| Знать:  Физикальные, лабораторные,  инструментальные и другие методы раннего выявления основных клинических симптомов, синдромовзаболеваний и нозологических форм. |
| Уметь:  составить план обследования пациента,  провести анализ полученных данных, диагностировать симптомы и синдромы заболеваний,  нозологические формыи их осложнений, в соответствии сМеждународной статистическойклассификацией болезней; проводитьдифференциальный диагноз, оценивать  тяжесть заболевания. | практические задания:  №1-3;  №1-5;  №1-3;  №1-3;  №1-4. |
| Владеть:  комплексом практических навыков, необходимых для диагностики основных заболеваний внутренних  органов, навыками формулировки  диагноза в соответствии с  Международной статистической  классификацией болезней и проблем,  связанных со здоровьем. | практические задания № 1-8;  №1-7;  №2-3;  №7-9;  №4-10 (раздел: проверка практических навыков) |
| 2 | ПК-6готовность к ведению и лечению  пациентов, нуждающихся в оказании  терапевтической медицинской помощи | Знать:  Стандарты ведения и лечения пациентов терапевтического профиля | вопросы:  №4, №11-14;  №2,6,11,15;  № 2, 4;  №6;  №5-7 |
| Основы оказания медицинской помощив экстренной и неотложной форме |
| Уметь:  Интерпретировать данные обследования пациента с терапевтической патологией  планировать его индивидуальное лечение; | практические задания:  № 1-8;  №1- 6;  №1-10;  №1-9:  №1-10. |
| Оказать медицинскую помощь присостояниях, угрожающих жизнибольного |
| Владеть:  алгоритмами действия специалистов первичной медико-санитарной помощи | практические задания:  №1-8;  №1-7;  №1-10;  №3-8;  №7 (раздел: проверка практических навыков) |
| 3. | УК-1  Готовность к абстрактному  мышлению, анализу, синтезу | Знать:  Основные методы анализа и синтеза информации, полученной в ходе коммуникации с пациентом | Вопросы:  №1,3,7,12;  №1,10,11,12;  №1,3,5;  №1-1,8;  №10,11 |
| Уметь:  Абстрактно мыслить,  анализировать и обобщать клинические симптомы, выявленные в ходе  обследования пациента | практические задания:  №1-8:  №1-7;  №1-10;  №1-10;  №1-10 |
| Владеть:  навыками абстрактного  мышления, анализа и синтеза  информации, полученной в процессе  обследования и лечения пациента | практические задания:  №4;  №6;  №4;  №4;  №5  (раздел: проверка практических навыков) |