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

*31.08.51 Фтизиатрия*

*1 курс*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования –программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре *31.08.51 Фтизиатрия*, 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, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

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

**Оценочные материалы в рамках дисциплины (КСР)**

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

**ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ:**

1. Пневмония: Определение, этиология, патогенез.
2. Ведущие клинико-лабораторно-инструментальные критерии пневмонии.
3. Дифференциальная диагностика пневмонии с раком легкого и инфильтративным туберкулезом легких.
4. Опишите методику проведения физикального обследования больного с синдромом уплотнения легочной ткани.
5. Острый бронхит (определение понятия, синдромы, дополнительные методы обследования).
6. Нагноительные заболевания легких (абсцесс легкого, бронхоэктатическая болезнь). Клиника. Лечение. Трудовая экспертиза.
7. Плевриты. Этиология и патогенез. Классификация.
8. Плевриты. Клиника. Значение исследования характера экссудата. Диагностическая и лечебная плевральная пункция. Лечение.
9. Дыхательная недостаточность. Эмфизема легких. Определение понятия. Этиология и патогенез.
10. Дыхательная недостаточность. Клиника. Диагностика. Течение. Лечение. Профилактика.

**Модуль 1**. **Методика обследования больных в практической деятельности врача фтизиатра (дыхательная система)**

**Тема 1.** **Физикальное обследование дыхательной системы**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков и умений.

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

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Основные перкуторные звуки, их характеристика.

2. Перечислите опознавательные перкуторные линии.

3. Методика проведения сравнительной перкуссии легких.

4. Методика проведения топографической перкуссии легких.

5. Определение высоты стояния верхушек легких и ширины полей Кренига.

6. Определение нижних границ легких.

7. Определение подвижности нижнего легочного края

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

1. ДЛЯ ЭМФИЗЕМЫ ХАРАКТЕРНА ГРУДНАЯ КЛЕТКА

1) гиперстеническая

2) паралитическая

3) воронкообразная

4) бочкообразная

2. ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

1) эмфиземе легких

2) бронхите

3) пневмонии

4) синдроме компрессионного ателектаза

3. У СИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) синдроме бронхиальной обструкции

2) синдроме пневмоторакса

3) синдроме обтурационного ателектаза

4) абсцессе легких (стадия опорожнения)

5) синдроме гидроторакса

4. ЦЕЛЬЮ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) определение границ легких

2) определение наличия патологического очага

3) определение подвижности нижнего края легких

5. НАД ЛЕГКИМИ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ МОЖНО УСЛЫШАТЬ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ

1) нормальное везикулярное дыхание

2) ослабленное везикулярное дыхание

3) усиленное везикулярное дыхание

4) бронхиальное дыхание

6. КРЕПИТАЦИЮ МОЖНО УСЛЫШАТЬ

1) только на вдохе

2) только на выдохе

3) при вдохе и выдохе

7. ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ ОБРАЗУЮТСЯ

1) в альвеолах

2) в бронхах

3) в ротоглотке

4) в плевральной полости

8. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ТИПИЧНО ДЛЯ:

1) гидроторакса

2) абсцесса легкого в стадии полости

3) эмфиземы легких

4) полного обтурационного ателектаза

10. ДАННЫЕ АУСКУЛЬТАЦИИ ПРИ БРОНХИТЕ

1) бронхиальное дыхание

2) крепитация

3) сухие и влажные хрипы

4) шум трения плевры

11. ПРИ ПЕРКУССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НАД ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ОБЛАСТЬЮ СЕРДЦА ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК:

1) ясный легочный

2) тупой, притупленный

3) коробочный

4) тимпанический

12. ПРИ ПЕРКУССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НАД ОПОРОЖНИВШЕЙСЯ ПОЛОСТЬЮ ЛЁГКИХ (ПОЛОСТЬ АБСЦЕССАЛЁГКОГО ИЛИ КАВЕРНА:

1) притупленный

2) тупой

3) ясный легочный

4) тимпанический

13. Какой перкуторный звук получают над здоровыми легкими КАКОЙПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ПОЛУЧАЮТ НАД ЗДОРОВЫМИ ЛЁГКИМИ:

1) тимпанический

2) ясный

3) притупленный

4) тупой

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

***Рекомендации по изучению алгоритмов***

1. Ознакомьтесь с алгоритмом проведения физикального осмотра дыхательной системы
2. Отработайте на муляжах алгоритмы проведения физикального осмотра дыхательной системы.
3. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

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

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

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

**Тема 2. Недеструктивные формы туберкулеза легких**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Определение очагового туберкулеза, источники возникновения и исходы.
2. Проявления очагового ТВ, методы диагностики.
3. Принципы лечения больных очаговым ТВ
4. Определение плеврита туберкулезной этиологии, источники возникновения и исходы
5. Проявления плеврита туберкулезной этиологии, методы диагностики, дифференциальная диагностика.
6. Принципы лечения больных плевритом туберкулезной этиологии
7. Определение милиарного туберкулеза, источники возникновения и исходы.
8. Проявления милиарного ТВ, методы диагностики.
9. Принципы лечения больных милиарного ТВ

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. Какой метод лучевой диагностики является наиболее информативным для диагностики очаговых теней в легких?

1) Флюорография

2) Рентгеноскопия

3) Электрорентгенография

4) Латерография

5) Рентгенография с томографией

2. Что используется в качестве эталона при отнесении пятнистых теней к очагам максимальной интенсивности (кальцинатам)?

1) Поперечное сечение сосудов

2) Продольное сечение сосудов

3) Тени грудины и лопатки

4) Кортикальный слой близлежащего ребра

3. Что используется в качестве эталона при отнесении пятнистых теней к очагам большой интенсивности?

1) Поперечное сечение сосудов

2) Продольное сечение сосудов

3) Тени ключицы и задние отрезки ребер

4) Мягкие ткани и легочный рисунок

4. Что используется в качестве эталона при отнесении пятнистых теней к мягким очагам низкой интенсивности?

1) Поперечное сечение сосудов

2) Продольное сечение сосудов

3) Тени ключицы и задние отрезки ребер

4) Мягкие ткани и легочный рисунок

5. Какие размеры позволяют отнести тенеобразования к дольковым очаговым теням?

1) 2 - 3 мм

2) 4 - 6 мм

3) 11 - 20 мм

4) 7 - 10 мм

6. Как отличить очаговую тень от инфильтративной?

1) По форме

2) По интенсивности

3) Правильны все ответы

4) По размерам

7. Какое количество очаговых теней в легких определяется как "множественные" или многочисленные?

1) Более 2-3

2) Более 50

3) Более 5

4) Более 10

8. Какое количество очаговых теней в легких можно определить как единичные?

1) Только одна тень

2) 3 – 5

3) До 10

4) Во всех перечисленных случаях

9. В чем наиболее частые технические сложности в работе с очаговой формой ТВ?

А) Выявление

Б) Дифференциальная диагностика

В) Лечение больных очаговым ТВ

10. Какие препараты используются в первую очередь при дифференциальной диагностике очагового туберкулеза и очаговой пневмонии?

1) Антибиотики широкого спектра действия, обладающие и противотуберкулезной активностью

2) Препараты, обладающие только противотуберкулезным действием

3) Антибиотики широкого спектра действия

11. Какие отделы париетальной плевры существуют?

1) Междолевая, верхушечная

2) Реберная, медиастинальная, диафрагмальная

3) Медиастинальная

4) Диафрагмальная

5) Реберная

6) Все перечисленное

12. Что представляет из себя плевральная полость в норме?

1) Полость, заполненная небольшим количеством жидкости

2) Полость, заполненная небольшим количеством воздуха

3) Потенциальное пространство между висцеральной и париетальной плеврой, заполненное "смазочной" жидкостью

13. Каково среднее внутриплевральное давление в норме?

1) Выше атмосферного

2) Равно атмосферному

3) Ниже атмосферного

14. В каком месте висцеральная плевра переходит в париетальную?

1) У ворот корня легкого

2) В междолевых щелях легкого

3) В костно-диафрагмальном отделе

4) На верхушке легкого

15. Как можно подразделить туберкулезный плеврит по патогенезу поражения плевры?

1) Аллергический, перифокальный и туберкулез плевры

2) Сухой и экссудативный

3) Травматический и идиопатический

4) Лекарственный и инфекционный

5) Наддиафрагмальный, междолевой и перикостальный

16. Признаки какого синдрома выявляются чаще при исследовании функции внешнего дыхания у больных экссудативным плевритом?

1) Обструктивного

2) Обструктивного с явлениями бронхоспазма

3) Смешанного с преобладанием спастического

4) Синдрома обструкции дистальных бронхов

5) Рестриктивного

17. Как называется прозрачный, светло-желтого цвета с нитями фибрина экссудат?

1) Гнойный

2) Геморрагический

3) Хилезный

4) Гнойно-геморрагический

5) Серозный

18. Как называется гематогенное распространение микобактерий в плевру с образованием на ее поверхности бугорковых высыпаний и экссудата в плевральной полости?

1) Эмпиемой плевры

2) Туберкулезом плевры

3) Плевральными спайками

4) Гидропневмотораксом

5) Аллергическим плевритом

19. Какой способ рентгенологического исследования подтверждает наличие свободной жидкости в плевральной полости?

1) Обзорная рентгенограмма в боковой проекции

2) Исследование больного на трохоскопе

3) Обзорная рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции

4) Рентгенограмма в латеропозиции

20. Как обычно соотносится концентрация сахара в плевральном экссудате с концентрацией сахара в крови у больных туберкулезным плевритом?

1) Выше, чем в крови

2) Ниже, чем в крови

3) Соответствует уровню сахара в крови

4) В 2 раза выше, чем в крови

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

**Задача 1.**

Больная С., 55 лет. 2 года назад в связи с новообразованием проведена радикальная мастэктомия с курсом химиотерапии.

Год назад имела кратковременный контакт с больным туберкулё­зом лёгких. Последние 3 недели отмечает ухудшение общего состояния: слабость, плохой аппетит, повышение температуры до 37,8 С, сухой кашель, одышка. Лечилась самостоятельно отварами трав, противокашлевыми средствами. На фоне лечения справа под лопаткой по­явились тупые боли, усиливающиеся при кашле. Обратилась к терапевту.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 39,0 С, рост - 160 см, вес - 52 кг. Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Справа от IV ребра и ниже притупление перкуторного звука, здесь же резко ослабленное дыхание. Частота дыханий - 20 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс-100 в/мин, АД-100/70 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей.

Общ. ан. крови: Эр - 3,7 х 10 12/л, НЬ - 102 г/л, цв. п. - 0,95, Лейк-10,0х 10 э/л, э-2, п/я-12, с/я-68, л-12, м-6, СОЭ-38 мм/час. Сахар крови - 5,55 ммоль/л.

Обзорная рентгенограмма лёгких: справа от диафрагмы до IV ребра интенсивное гомогенное затемнение. Корни структурны. Органы средостения несколько смещены влево.

Госпитализирована в терапевтическое отделение, где проведена плевральная пункция - получено 400 мл прозрачной опалесцирующей жидкости: уд. вес-1030, белок 49,5 г/л, сахар-3,1, нейтрофилы - 32%, лимф - 68%. МВТ, АК, Флора не обнаружены. ДСТ- р. 5 мм.

В теч. 1 мес. пролечена пенициллином, стрептомицином, проведены 2 повторные плевральные пункции. В цитограмме плеврального выпота количество лимфоцитов увеличилось до 82%. Общее состояние больной несколько улучшилось, но на рентгенограмме сохранялся уро­вень жидкости до 5 ребра.

1.  Проведите анализ лабораторных данных, ДСТ.

2.  Укажите предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику экссудативного плеврита.

3.  Перечислите дополнительные методы обследования.

4.  Тактика дальнейшего ведения больной.

**Задача 2.**

Больная М., 20 лет, мед. сестра детского отделения. Через 2 недели после медицинского [аборта](https://pandia.ru/text/category/abort/) почувствовала ухудшение общего состояния: слабость, потливость, головная боль, повышение температуры до 38 С°, самостоятельно в течение 2-х дней принимала жаро­понижающие средства. На фоне лечения подъем температуры до 39 С, появился озноб, сухой надсадный кашель, одышка, осиплость голоса, боли в горле при глотании.

Машиной скорой помощи доставлена в инфекционное отделение. Общее состояние больной тяжелое, поведение беспокойное. Кожа бледная, в области груди и живота тифоподобная сыпь. Цианоз губ. Пе­риферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипы не выслушиваются. Частота дыханий - 32 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 120 в/мин., АД-90/60 кк рт. ст. Живот мягкий, печень по краю реберной дуги безболезненная.

При поступлении на обзорной рентгенограмме легких признаки усиления легочного рисунка. Контрольное рентгенологическое обследование через 5 дней: по всем лёгочным полям определяют­ся симметрично расположенные мелкоточечные очаговые тени без признаков слияния. Корень не увеличен. Синусы свободные. Тень средостения в пределах нормы.

Общ. ан. крови: Эр-3,23 х 10 12/л, Нb-39 г/л, Ц. п. - 0,9, Лейк.- 12,6 х 10 9/л, э-2%, п/я-12%, с/я-62%, л-14%, м-10%. СОЭ-47 мм/час.

Белковые фракции крови: общий белок - 58,7 г/л, А - 54,4%, Г - 45,6%, альфа1 - 3,6%, альфа2- 7,1%, бета - 13,О%, гамма - 21,9%, индекс-- 1,19.

ДСТ – отр.

1.  Оцените результаты проведенного обследования,

2.  Сформулируйте предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

3.  Перечислите дополнительные методы обследования.

4.  Назначьте комплексное лечение.

**Задача 3.**

Больная М., 23 лет, студентка. Состоит на учёте в противотуберкулёзном диспансере с диагнозом инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого, МБТ (-).

Пролечена в стационаре 8 месяцев. Лечение эффективно: достигнуто частичное рассасывание инфильтрата, прекратилось бактериовыделение. Через 2 года после заболевания родила доношенного здо­рового ребёнка, Роды протекали без осложнений. На 4-й день после родов появилось ухудшение самочувствия: слабость, потливость по ночам, повышение температуры до 39 С с ознобами, сухой кашель, выраженная одышка.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Цианоз губ. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание в лёгких ослаблено, единичные сухие хрипы. Частота дыхания 30 в/мин. Тоны сердца рит­мичные, пульс 110 в/мин., АД- 100/60 мм рт. ст. Живот без особен­ностей.

На обзорной рентгенограмме легких по всем лёгочным полям выявлены слабоконтурированные тени до 3 мм б диаметре, лё­гочный рисунок обеднен. Корень структурный, не увеличен. Тень средостения в норме. Синусы свободные, диафрагма ровная.

Общий анализ крови; Эр. - 4,59 х 10 12/л, Нb - 139 г/л, цв. п, -0,9, L - 10,2 х 10 9/л, п/я – 14%, с/я – 78%, л – 6%, м - 2%., СОЭ-30 мм/час.

Однократно в общей сети методом бактериоскопии микобактерии туберкулёза не обнаружены.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Перечислите дополнительные методы обследования.

3 Тактика дальнейшего ведения больной.

**Задача 4.**

Больная К., 51 год. Госпитализирована в связи с нарастающей одышкой, болями и тяжестью в правой половине грудной клетки. Считает себя больной 2 месяца, за это время похудела на 20 кг.

Объективные данные: общее состояние больной тяжелое, симптомы дыхательной недостаточности к плеврального выпота справа, умерен­ный асцит. Температура тела 37,6 С.

Рентгенологически: правое лё­гочное поле тотально затемнено. Затемнение имеет косую границу, сливаясь с тенью сердца и диафрагмы. Тень сердца и средостения незначительно смещены влево.

При плевральной пункции игла с трудом проходит через плевру, преодолевая твердое плотное покрытие. Получен один литр геморра­гической жидкости. Исследование плевральной жидкости: положи­тельная проба Ривальта, в экссудате клетки мезотелия (12%) с признаками полиморфизма. Гемограмма без изменений, СОЭ 40 мм/час.

1.  Оцените результаты проведенного обследования,

2.  Сформулируйте предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

3.  Перечислите дополнительные методы обследования.

4.  Назначьте комплексное лечение.

**Задача 5.**

Больной Л., 27 лет, врач [педиатр](https://pandia.ru/text/category/pediatriya/). Обратился к терапевту с жалобами на боли при вдохе справа под ключицей, сухой кашель, субфебрильную температуру, потливость по ночам. Считает себя больным около 1,5 месяцев. Самостоятельно в течение 10 дней принимал ампициллин и сульфаниламиды. В 10-летнем возрасте перенёс туберкулёз левого тазобедренного сустава, по поводу чего длительно лечился в санатории. Контакт с больными туберкулёзом в настоящее время отрицает. Последнее ФГ обследование лёгких 6 месяцев назад, без патологии.

Объективно: состояние удовлетворительное, пальпируются задние шейные, подмышечные лимфоузлы до горошины, плотные, безболезненные, подвижные. Грудная клетка правильной формы, перкуторный звук не изменён. Справа под ключицей единичные мелкопузырчатые [влажные](https://pandia.ru/text/category/vlazhnostmz/) хрипы. Тоны сердца ритмичные, пульс 86 в/мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

На обзорном снимке органов грудной клетки справа на уровне 1 межреберья тень в диаметре 1 см средней интенсивности неоднородной структуры неправильной формы. Тень средостения в норме. Рёберно-диафрагмальные синусы свободные, глубокие, диафрагма ровная.

Общий анализ крови: Эр - 3,5 х 10 12/л, Нb-107 г/л, Ц. п.-0,98, Лейк-6,8 х 10 9/л, э-1%, п/я-7%., с/я-65%, л-17%, м-4%, СОЭ-21 мм/час.

Общ. анализ мочи: жёлтая, реакция кислая, относительная плотность 1020, белок 0,033 г/л, Лейк-12 в/п. зр., эпителий плоский незначит. количество.

Белковые фракции крови: общ. белок 50,0 г/л, [альбумины](https://pandia.ru/text/category/almzbumin/) - 45,7%., глобулины -54,3%., альфа1- 6,9%, альфа2- 14,5%, бета-11,5%., гамма-21,4%., индекс - 0,84. Ан. мокроты на МБТ по Циль-Нильсену однократно не обнаружены. ДСТ - р. 12 мм, везикулы.

1.  Оцените ДСТ, результаты лабораторного, рентгенологического обследования.

2.  Укажите дополнительные методы обследования.

3.  Сформулируйте предварительный диагноз.

4.  Оцените прогноз заболевания и трудоспособность при подтверждении туберкулеза легких.

**Тема 3. Деструктивные формы туберкулеза легких**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Определение диссеминированного туберкулеза, источники возникновения и исходы.
2. Проявления диссеминированного ТВ, методы диагностики.
3. Варианты клинического течения диссеминированного туберкулеза
4. Принципы лечения больных диссеминированным ТВ
5. Определение кавернозного и фиброзно-кавернозного ТВ, источники возникновения и исходы.
6. Проявления кавернозного и фиброзно-кавернозного ТВ, методы диагностики.
7. Принципы лечения больных кавернозным и фиброзно-кавернозным ТВ.
8. Определение казеозной пневмонии, источники возникновения и исходы.
9. Проявления казеозной пневмонии, дифференциальная диагностика.
10. Принципы лечения больных казеозной пневмонией.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. Какова доля диссеминированного туберкулеза среди впервые выявленных больных?

1) 1 - 2%

2) 10 - 12%

3) 15 - 25%

4) 30 - 40%

2. Какова доля диссеминированного туберкулеза среди контингентов, состоящих на диспансерном учете?

1) 1% - 2%

2) 8% - 10%

3) 15% - 18%

4) 25% - 35%

3. При каком варианте диссеминированного туберкулеза легких не дифференцируется легочной рисунок?

1) Милиарный

2) Подострый гематогенный

3) Хронический диссеминированный

4) Бронхогенный

4. Могут ли у больных диссеминированным туберкулезом одновременно отмечаться признаки гематогенной и бронхогенной диссеминации?

1) Да

2) Нет

3) Только в исключительных случаях

5. Какую форму туберкулеза приходится дифференцировать наиболее часто с силикозом второй стадии?

1) Очаговую

2) Диссеминированную

3) Инфильтративную

4) Туберкулез внутригрудных лимфоузлов

6. Какова частота внелегочных поражений при диссеминированном туберкулезе легких?

1) 3% - 5%

2) 0,5% - 1%

3) 10% - 15%

4) 15% - 20%

7. Какие из перечисленных рентгенологических признаков наиболее характерны для пневмофиброза в исходе милиарного туберкулеза?

1) Симптом "метелки"

2) "Оголение" контуров позвоночника

3) Симптом "звездного неба"

4) Сужение легочных полей

5) Буллезная дистрофия

8. Какие клинико-рентгенологические варианты диссеминированного туберкулеза легких выделяют?

1) Острый, подострый, туберкулезный сепсис

2) Острый, хронический, милиарный

3) Острый, подострый, хронический

9. При какой форме туберкулеза из перечисленных рак легких развивается наиболее часто?

1) Диссеминированной

2) Очаговой

3) Инфильтративной

4) Фиброзно-кавернозной

5) Туберкулезе внутригрудных лимфоузлов

10. При каком генезе диссеминированного туберкулеза легких наиболее часто развиваются внелегочные поражения?

1) Лимфогенном

2) Гематогенном

3) Бронхогенном

4) Контактном

11. Каков удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза в структуре контингентов больных туберкулезом органов дыхания?

1) 1- 2%

2) 3- 5%

3) 25-30%

4) 10-20%

5) 0,1-0,5%

12. Каков удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза в структуре заболеваемости туберкулезом легких в России?

1) Около 0,1-0,5%

2) Около 2-3%\*

3) Около 5-6%

4) 7-10%

5) 11-20%

13. Какой слой каверны наиболее выражен при фиброзно-кавернозном туберкулезе?

1) Казеозно-некротический

2) Грануляционный

3) Фиброзный

14. Какой рентгенологический признак является наиболее важным симптомом фиброзно-

кавернозного туберкулеза помимо признаков каверны?

1) Симптом "аркад"

2) Наличие плевральных спаек

3) Выбухание и уплотнение дуги аорты

4) Свежие бронхогенные очаги отсевов

5) Уменьшение пораженного легкого в объеме

15. Возможно ли формирование кавернозного туберкулеза из фиброзно-кавернозного?

1) Возможно

2) Невозможно

3) Возможно только у больных молодого возраста

16. Из какой формы не может сформироваться кавернозный туберкулез легких?

1) Из первичного туберкулезного комплекса

2) Из инфильтративного туберкулеза

3) Из туберкулемы

4) Из очагового туберкулеза

5) Из цирротического туберкулеза легких

17. Каков удельный вес кавернозного туберкулеза легких в структуре заболеваемости туберкулезом?

1) 3-5%

2) 7-15%

3) 30-40%

4) До 1%

18. Какова основная причина развития кавернозного туберкулеза легких?

1) Несвоевременное выявление

2) Неполноценное лечение больных с рецидивом туберкулеза

3) Лекарственная устойчивость

4) Неэффективное лечение больных с впервые выявленным туберкулезом в фазе распада

19. Из какой формы туберкулеза чаще развивается кавернозный туберкулез легких?

1) Очаговый туберкулез легких

2) Диссеминированный туберкулез в фазе распада

3) Туберкулема в фазе распада

4) Первичный туберкулезный комплекс в фазе распада

5) Инфильтративный туберкулез в фазе распада\*

20. Какова степень выраженности бронхо-плевро-легочного синдрома у больных кавернозным туберкулезом?

1) Резко выраженная

2) Выраженная всегда

3) Отсутствует всегда

4) Слабо выраженная

21. Какое клиническое течение чаще бывает у больных цирротическим туберкулезом легких?

1) Острое

2) Подострое

3) Хроническое

4) "Волнообразное"

5) Бессимптомное

22. Какой критерий из нижеприведенных является определяющим в дифференциации цирротического туберкулеза и цирроза легких?

1) Клинические проявления интоксикации

2) Обнаружение МБТ в мокроте

3) Анамнестические сведения

4) Рентгенологическая положительная динамика под влиянием пробной химиотерапии

23. Какие физикальные признаки характерны для ателектаза доли легкого?

1) Тимпанит, влажные хрипы, жесткое дыхание

2) Усиленное везикулярное дыхание, сухие хрипы, перкуторный звук не изменен

3) Притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание

24. Из каких форм ТВ может формироваться цирротический ТВ?

А) Очагового

Б) Диссеминированного

В) Милиарного

Г) Плеврита

Д) ТВ внутригрудных лимфоузлов

Е) Инфильтративного, кавернозного, фиброзно-кавернозного и казеозной пневмонии

25. Цирротический ТВ может быть по патогенезу первичным процессом?

А) Да

Б) Нет

26. Какие исходы цирротического ТВ?

А) Клиническое излечение ТВ с формированием посттуберкулезного цирроза

Б) Прогрессирование с трансформацией в фиброзно-кавернозный ТВ

В) Прогрессирование с развитием хронического диссеминированного ТВ

Г) Все указанное верно

27. Основные клинические проявления цирротичнеского ТВ?

А) Одышка

Б) Интоксикация

В) Кашель

Г) Кровохарканье

Д) Слабость

Е) Боли в грудной клетке

28. Какая пневмония наиболее похожа по клинико-рентгенологической картине на казеозную пневмонию?

1) Вызванная вирусом СПИД

2) Вирусная

3) Пневмококковая

4) Стафилококковая

5) Фридлендеровская

6) Вирусно-бактериальная

29. Из каких форм ТВ может развиться казеозная пневмония?

А) Очаговой

Б) Инфильтративной

В) Кавернозной

Г) Фиброзно-кавернозной

Д) Плеврита

Е) Диссеминированной

30. К основным проявлениям казеозной пневмонии относится все указанное, кроме:

А) Кашель

Б) Интоксикация

В) Слабость

Г) Одышка

Д) Боли в грудной клетке

Е) Потливость

Ж) Кровохарканье

З) Свистящие хрипы при выдохе

31. При казеозной пневмонией СОЭ обычно в пределах:

А) 6-10 мм /час

Б) 15-30 мм/час

В) 30-50 мм/час

32. Для казеозной пневмонии типичным проявлением на Р-грамме будет наличие:

А) Массивной сливного характера интенсивной тени, соответствующей границам сегмента или доли

Б) Обширной, слабо интенсивной тени с нечеткими размытыми контурами

В) Обширной тени средней или слабой интенсивности, с четкими неровными контурами

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

**Задача 1.**

Больной М., 20 лет. Обратился к терапевту с жалобами на кашель с мокротой, повышение температуры, потливость, плохой аппетит. Студент техникума, постоянно находится в контакте с больным туберкулезом отцом. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Флюорографию проходит регулярно 2 раза в год. Объективно: пониженного питания, лицо бледное. При аускультации разнокалиберные влажные хрипы в правом легком в межлопаточной области. Пульс 80 уд./мин. АД 100/65 мм рт. ст. Провели клинический минимум обследования по туберкулезу: при микроскопии мокроты единичные МБТ в поле зрения. Рентгенологически выраженная инфильтрация с распадом в S1 , S2 верхней доли и в S6 нижней доли правого легкого. ДСТ-12 мм. С диагнозом инфильтративный туберкулез правого легкого направлен на стационарное лечение в ПТД. Через 2,5 месяца получен результат бактериологического обследования мокроты, обнаружены МБТ, устойчивые к изониазиду, стрептомицину.

1. Первичная или вторичная лекарственная устойчивость у данного больного?

2. Какими препаратами резерва целесообразно заменить изониазид и стрептомицин после их отмены?

3. Назначьте патогенетическую терапию пациенту.

4. Показаны ли физиотерапевтические методы лечения данному больному?

**Задача 2.**

Больной С., 47 лет. Страдает хроническим алкоголизмом. Поступил в стационар ПТД с диагнозом: Казеозная пневмония верхней доли правого легкого. Больным себя считает в течении 3 недель. При поступлении температура тела 39,10С, выраженная потливость, кашель с обильной мокротой. Жалуется на боли в грудной клетке справа в подмышечной области при дыхании. Объективно: истощен. В легких при аускультации множественные влажные хрипы от верхушки легких до 4 ребра по передней поверхности грудной клетки. Пульс 110 уд,/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. При рентгенологическом обследовании - казеозная пневмония в верхней доле и инфильтрацией с деструкцией в S6 нижней доли правого легкого.

1. По каким признакам возникает подозрение на лекарственно-устойчивый туберкулез?

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?

3. Какой режим химиотерапии Вы назначите этому пациенту?

4. Какие гепатопротекторы Вы назначите при химиотерапии пациента?

**Задача 3.**

Больная А., 67 лет. В течение 5 лет состоит на учёте у терапевта по поводу язвенной болезни желудка, хронического пиелонефрита. Последнее флюорографическое обследование лёгких проходила 4 года назад. Туберкулёзный контакт отрицает.

В настоящее время предъявляет жалобы на слабость, потливость, повышение температуры, одышку, боли слева под лопаткой и выделение крови изо рта при кашле.

Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Периферические лимфоузлы пальпируются справа в подмышечной области до 0,6 см в диаметре /плотные, подвижные, безболезненные/. Перкуторный звук укорочен справа под лопаткой, здесь же выслуши­ваются среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 92 в/мин., АД - 150/90 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено.

Общ. ан. крови: Эр-3,5 х 10 12/л, НЬ-103 г/л, Ц. п. - 0,95, Лейк-6, Ох 10 9/л, э - 2%, п/я -7%, с/я -69%, л-14%, м-8%, СОЭ-6О мм/час.

ДСТ - р.6 мм.

Однократно в мокроте методом простой бактериоскопии обнаружены микобактерии туберкулёза.

На рентгенограмме лёгких в S10 справа определяется негомогенное затемнение очаговой структуры с просветлением до 2 см в диаметре. Вокруг слабоконтурированные очаги. В правом корне единич­ные мелкие кальцинаты. Лёгкие повышенной пневмотизации. Сердечная тень в пределах возрастной нормы.

1.  Проведите анализ результатов лабораторного, рентгенологического обследования.

2.  Оцените качество диспансерного наблюдения за больной.

3.  Сформулируйте предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

4.  Составьте план дообследования.

5.  Назначьте комплексное лечение при подтверждении диагноза туберкулёза.

**Задача 4.**

Больной И., 42 лет, грузчик продовольственного магазина. Заболел постепенно после переохлаждения. Появилась субфебрильная температура, слабость, ночная потливость, сильный кашель с небольшим количеством мокроты и с прожилками крови, боли в подключичной области справа. Обратился к терапевту по месту жительства. После осмотра госпитализирован в терапевтическое отделение с подозрением на верхнедолевую правостороннюю пневмонию.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Гипе­ремия лица. Перкуторный звук укорочен справа под ключицей, здесь же выслушиваются среднепузырчатые влажные и единичные сухие хрипы. ЧД - 18 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс-90 в/мин, АД-90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

На обзорной рентгенограмме лёгких справа во 2-м межреберье негомогенное затемнение с просветлением до 2 см, ниже множественные слабоконтурированные тени до 1 см в диаметре. Корень структурный, не увеличен. Тень средостения не изменена. Синусы свободные.

При бронхоскопии слизистая верхнедолевого бронха справа гиперемирована, отечная, кровоточивая. В смыве из верхнедолевого бронха обнаружены кислотоустойчивые палочки.

В анализе мокроты при люминесцентной микроскопии 3-х кратно микобактерии туберкулёза не обнаружены.

Общий анализ крови: Эр-3,31 х 10 12/л, Нb-107 г/л, Ц. п. - 0,97, Лейк - 8,0 х 10 9/л, п/я-З%, с/я-75%, л-18%, м-4%, СОЭ - 38 мм/час.

Общий анализ мочи в пределах нормы.

1.  Оцените результаты проведенного обследования.

2.  Сформулируйте предварительный диагноз, проведите дифферен­циальную диагностику.

3.  Перечислите дополнительные методы обследования.

4.  Назначьте комплексное лечение в случае подтверждения  
туберкулеза.

**Задача 5.**

Больной К. , 30 лет. Состоит на диспансерном учёте в туб. диспансере на протяжении 2 лет с диагнозом: Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких в/доли справа, МБТ+, устойчивые к стрептомицину, изониазиду, рифампицину. От оперативного лечения отказывается. Проживает в частном доме. В семье: жена, воспитатель детского сада, дети: 3 и 9 лет. В личном хозяйстве имеется крупный рогатый скот.

За последний месяц состояние больного ухудшилось: появилось повышение температуры тела до 38 С, кашель со значительным коли­чеством слизисто-гнойной мокроты, пропал аппетит. В последующем на фоне сильного кашля внезапно появилась острая боль в груди справа, одышка, резковыраженная слабость. Машиной скорой помощи доставлен в туб. диспансер.

Объективно: состояние больного тяжелое, возбужден. Кожа бле­дная, холодный пот. Дыхание поверхностное. При аускультации спра­ва под ключицей немногочисленные [влажные](https://pandia.ru/text/category/vlazhnostmz/) и сухие хрипы. Слева ды­хание не прослушивается. Частота дыханий 24 в/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 100 в/мин., АД - 90/80 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей.

Общ. ан. крови при поступлении: Эр. 3,2 х 10 12/л, Нb - 98г/л, цв. п.-0.9, Лейк-12,0 х 10 9/л, п/я - 12%, с/я - 72%., л - 11%, м-5%, С0Э-37мм/час.

В мокроте при микроскопии МБТ обнаружены.

На обзорном снимке органов грудной клетки по всем лёгочным полям неоднородные разной величины слабоконтурированные очаги, сливающиеся в фокусы, множественные крупные полости распада. Левое лёгкое несколько поджато к корню. Тень средостения смещена вправо. На 5 сутки от момента госпитализации наступил летальный исход.

1.  Сформулируйте предварительный диагноз.

2.  Назовите причины ухудшения состояния больного.

3.  Определите категорию туберкулёзного очага, контактных, сроки их обследования

**Тема 4. Пневмония**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задач.

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

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Клинические методы диагностики пневмонии.

2. Лабораторные методы диагностики пневмонии.

3. Функциональные методы диагностики пневмонии.

4. Принципы терапии пневмонии.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

1. Наиболее частый возбудитель пневмонии:

а) стафилококк;

б) стрептококк зеленящий;

в) стрептококк пневмонии (пневмококк) ;

г) гемофильная палочка;

д) вирус;

е) микоплазма;

ж) ни один из перечисленных.

2. Фактор, способствующий развитию пневмонии:

а) переутомление;

б) эмоциональный стресс;

в) травма;

г) охлаждение;

д) употребление алкоголя;

е) все перечисленные.

3. Все нижеперечисленные формы пневмонии относятся к современной ее классификации (Американская легочная ассоциация Американского торакального общества), кроме:

а) коммунальной (приобретенной вне стационара, «в обществе», обычно «домашней»);

б) нозокомиальной (госпитальной, или больничной, возникшей через 2 суток и более после пребывания в стационаре);

в) у иммунокомпроментированных больных;

г) атипичной;

д) интерстициальной.

4. Основной принцип классификации пневмоний по МКБ-10:

а) по этиологии;

б) по патогенезу;

в) по клинико-морфологическим характеристикам;

г) по локализации и протяженности;

д) по тяжести;

е) по течению.

5. Основной патогенетический механизм пневмоний:

а) бронхогенный;

б) гематогенный;

в) лимфогенный.

6. Самое опасное для жизни осложнение пневмоний:

а) абсцесс легких;

б) плеврит;

в) миокардит;

г) перикардит;

д) инфекционно-токсический шок.

7. Какой антибиотик является средством выбора при лечении госпитальной пневмонии, по клиническим и бактериологическим исследованиям определяемой как пневмококковая:

а) ампициллин;

б) цефалоспорин III поколения;

в) пенициллин;

г) эритромицин;

д) гентамицин.

8. Какой антибиотик является средством выбора при эмпирической антибактериальной терапии госпитальной пневмонии до верификации патогенеза:

а) тетрациклин;

б) стрептомицин;

в) пенициллин + азитромицин;

г) цефалоспорин;

д) гентамицин.

9. При пневмонии, вызванной микоплазмой, следует назначать:

а) тетрациклин;

б) азитромицин;

в) пенициллин;

г) цефалоспорин III поколения;

д) бисептол;

е) гентамицин.

10. Ориентировочные сроки назначения антибиотиков при пневмонии:

а) до нормализации температуры;

б) до полного рассасывания инфильтрата в легком;

в) до нормализации СОЭ;

г) до 3 - 4 дней стойко нормальной температуры тела;

д) до момента исчезновения кашля.

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

**Задача №1**

Больной 20 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, одышку, сухой кашель.

Пять дней назад, после переохлаждения, повысилась температура до 38°С и появились боли в левой половине грудной клетки. Боли сначала были очень сильными, затем стали слабее, но увеличилась одышка.

При поступлении состояние тяжелое, одышка. Число дыханий 32 в 1 мин, предпочитает сидячее положение. Левая половина грудной клетки выбухает, отстает при дыхании. В легких слева укорочение перкуторного звука ниже 10 ребра, дыхание не проводится. Сердце - правая граница на 3 см кнаружи от края грудины. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 уд. в мин АД 100/65 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо.

Рентгенография грудной клетки: слева интенсивное затенение с косым уровнем.

Смещение органов средостения вправо.

Плевральная пункция получено 2000 мл мутной желтоватой жидкости. Удельный вес 1023, белок 4,8 г/л, проба Ривальта – положительная, при микроскопии основную массу клеток составляют дегенеративно-измененные нейтрофилы: единичные макрофаги и клетки мезотелия.

Задания**:**

1.Сформулируйте клинический диагноз.

2.Укажите клинические признаки, позволяющие заподозрить инфицирование плеврального выпота.

3.Оцените данные анализа плевральной жидкости.

4. Перечислите причины, приводящие к скоплению жидкости в плевральной полости.

5. Составьте план лечения.

**Задача № 2**

Больной 36 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с небольшим кол-вом

слизисто-гнойной мокроты, озноб, повышение Т тела до 39°С, боль в правой половине грудной клетки, связанную с актом дыхания, одышку, общую слабость.

Считает себя больным в теч. 10 дней, когда после переохлаждения появилась головная боль и боль в мышцах тела, поднялась Т до 37,8°С. Обратился к врачу, был диагностирован грипп. Через 2 дня появились насморк, першение в горле, саднение за грудиной, сухой кашель. На 4 день болезни общее состояние резко ухудшилось: усилилась общая слабость, появилась боль в правой половине грудной клетки, при дыхании, Т тела повысилась до 38,2°С. Участковым врачом диагностирована острая пневмония и назначено лечение ампициллином в таблетках. Состояние продолжало ухудшаться: появились озноб, потливость, повышение Т тела до 39°С, одышка, головная боль. С перечисленными жалобами больной был доставлен в стационар. Много курит (полторы пачки в сутки в течение 16 лет), злоупотребляет алкоголем, работает на производстве с неблагопр. температурным режимом и запыленностью рабочего места.

Объективно: общее сост. средней тяжести, умеренный акроцианоз. ЧДД 28 в мин. Отмечается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Справа в проекции ср. доли определяется притупление перкуторного звука, жесткое дыхание, мелкопузыр. влажные звучные хрипы, бронхофония и голосовое дрожание усилены. Тоны сердца приглушены, ЧСС 112 в 1 мин. Во время осмотра у больного появился приступ кашля с отхождением гнойной мокроты неприятного запаха в количестве около 100 мл.

Задания**:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дополнительного исследования.

3. Проведите диффренциальный диагноз.

4. Чем можно объяснить внезапное выделение большого кол-ва мокроты?

5. Составьте план лечения.

**Задача № 3**

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

принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом.

Объективно: температура 38,5 С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Гиперемия лица. При перкуссии

грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления среднепузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. ЧСС 102 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

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 Г., 20 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера вновь поднялась температура до 38,40С.

Объективно: температура - 38,60С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 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.

**Задача № 5**

Больная Е., 50 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, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, 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 данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

**Тема 5. Острый вирусный бронхит.**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование.

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

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Определение, этиология и патогенез острого вирусного бронхита.

2. Диагностика острого вирусного бронхита.

3. Терапия острого вирусного бронхита.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

1. Назовите признаки, характерные для острого бронхита:

а) интоксикация

б) рассеянные влажные среднепузырчатые хрипы в легких

в) наличие односторонних влажных мелкопузырчатых хрипов в легких

г) умеренные сдвиги воспалительного характера в анализе крови

д) наличие очаговой инфильтрации в легких на R-грамме

2. Наиболее частой причиной острого бронхита является

а) респираторная вирусная инфекция

б) вдыхание табачного дыма

в) бактериальная инфекция

г) аллергия

3. Острое воспалительное заболевание слизистой оболочки бронхов, характеризующееся увеличением бронхиальной секреции, кашлем и иногда одышкой, является:

а) бронхолитеаз

б) трахеобронхомегалией

в) острый бронхит

г) острый ларингит

4. Для профессионального бронхита характерно начало:

а) стремительное

б) подострое

в) острое

г) постепенное медленное

5. При бронхитах препараты, разжижающие мокроту, больной должен принимать:

а) за 30 минут до проведения процедуры массажа

б) за 1,5-2 часа до проведения процедуры массажа

в) непосредственно до проведения процедуры массажа

г) после проведения процедуры массажа

6. При остром катаральном бронхите больному в условиях амбулаторного лечения целесообразно назначить

а) аэрозольтерапию

б) циркулярный душ

в) грязелечение

г) хлоридные натриевые ванны

7. При бронхите в мокроте обнаруживают:

а) кристаллы гематодина

б) спирали Куршмана

в) эластические волокна

г) цилиндрический мерцательный эпителий

8. Лечение острого бронита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов в первой фазе ( до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств:

а) бронхоспазмолитиков;

б) подавляющих кашель;

в) противовоспалительных;

г) разжижающих мокроту ( муколитики, стимуляторы сурфактантной системы);

9. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов во второй фазе ( после появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств:

а) бронхоспазмолитиков;

б) антибактериальных и антисептических;

в) противовоспалительных

г) разжижающих мокроту ( муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)

10. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов ( трахеобронхит)

а) благоприятный

б) благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией

в) благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения

г) благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит

д) благоприятный в большинстве случаев, возможна трансформация в бронхоэктатическую болезнь

**Тема 6. ОРЗ, фарингит.**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование.

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

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Определение, этиология и патогенез, классификация болезней ВДП.

2. Диагностика болезней ВДП.

3. Терапия болезней ВДП.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. Где в основном расположена глубокая коллекторная лимфатическая сеть легкого?

а) В кортикальных отделах легкого и висцеральной плевре

б) В корне легкого

в) В средостении

г) В стенке бронхов, адвентиции артерий и вен

2. Какую основную функцию несут бокаловидные клетки слизистой бронхов?

а) Эскалаторную

б) Инкреторную

в) Все перечисленное

г) Нейроэндокринную

д) Медиаторную

е) Секреторную

3. Какие морфофункциональные структуры обеспечивают мукоцилиарный клиренс бронхов?

а) Вегетативная нервная система и кашлевой рефлекс

б) Клетки Клара, сурфактант, альвеолоциты второго порядка

в) Реснитчатый эпителий, кашлевой рефлекс и сурфактант

г) Бронхиальные железы, бокаловидные клетки и реснитчатый эпителий

4. Какова физиологическая роль секреторного иммуноглобулина А?

а) Образование иммунных комплексов в базальной мембране слизистой бронхов

б) Усиление фагоцитирующих свойств макрофагов в бронхиальном секрете

в) Предотвращение цитоадгезивного действия бактерий и вирусов на эпителий бронхов

г) Инициация возникновения аутоаллергических реакций

5. Какие отделы бронхиального дерева лишены мерцательного эпителия

а) Долевые бронхи

б) Сегментарные бронхи

в) Бронхи 3-4 порядка

г) Респираторные бронхиолы

д) Дольковые бронхи и бронхиолы

6. Какой симптом наиболее патогномоничен для воспаления в бронхах?

а) Откашливание петрификатов

б) Выделение гнойной мокроты по утрам "полным ртом"

в) Раздутая каверна

г) Боли в груди, одышка

д) Кашель

7. Роль клапана, закрывающего вход в гортань при глотании, составляет хрящ:

а) щитовидный

б) надгортанник

в) перстневидный

г) черпаловидный

**Тема 7: ХОБЛ**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач.

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

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Клинические методы диагностики ХОБЛ.

2. Лабораторные методы диагностики ХОБЛ.

3. Функциональные методы диагностики ХОБЛ.

4. Принципы терапии ХОБЛ.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. Из мокроты и бронхиального содержимого больных с обострением ХОБЛ наиболее часто высеваются:

а) золотистый стафилококк;

б) гемолитический стафилококк;

в) пневмококк + гемофильиая палочка;

г) микробные ассоциации из 4 микроорганизмов (стафилококк + пневмококк + гемолитический стрептококк + клебсиелла пневмонии);

д) все перечисленное

2. Важнейшие критерии диагностики ХОБЛ:

а) кашель с мокротой;

б) сухие хрипы;

в) одышка;

г) уменьшение соотношения ОФВ-1/ФЖЕЛ ˂ 70%;

д) наличие факторов риска (курение)

е) все перечисленное

3. Для дифференциальной диагностики ХОБЛ с раком легкого необходимо использовать:

а)рентгенологические (рентгенография, компьютерная томография, бронхография) методы;

б) бронхофиброскопию;

в) цитологические и гистологические методы;

г) лабораторные методы;

д) все перечисленные

4. При гнойном обострении ХОБЛ наиболее целесообразно антибактериальную терапию проводить путем:

а) приема антибактериальных препаратов внутрь;

б) введения их внутримышечно или внутривенно;

в) введения эндобронхиально с предварительной эвакуацией гнойной мокроты;

г) ингаляционно

5. Важнейшим из нижеперечисленных дифференциально-диагностических признаков ХОБЛ является:

а) экспираторное диспноэ;

б) кашель с отделением мокроты;

в) ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, сухими дискантовыми и влажными мелкопузырчатыми хрипами;

г) необратимая или малообратимая бронхиальная обструкция, в том числе после терапии

6. Индекс Тиффно — это:

а) ОФВ,сек/ЖЕЛх100%

б) МОД/ЖЕЛх100%;

в) ЖЕЛ/ФЖЕЛх 100%.

7. Для дифференциальной диагностики катарального и гнойного бронхита наиболее информативным является:

а) общий анализ крови;

б) острофазовые показатели биохимии крови;

в) общий анализ мокроты.

8. В качестве препарата для муколитической терапии не используется:

а) бромгексии;

б) амброксол;

в) атропин;

г) мукалтин;

д) ацетилцистеин.

9. Антибактериальная терапия ХОБЛ проводится:

а) во всех случаях;

б) после перенесенной вирусной инфекции;

в) при обострении заболевания.

10. Ранним функциональным признаком бронхиальной обструкции является:

а) снижение ОФВ 1сек

б) уменьшение индекса Тиффно;

в) уменьшение ПОСвыд;

г) уменьшение всех перечисленных показателей.

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

**Задача № 1**

Больной 54 года обратился к врачу поликлиники с жалобами на кашель по утрам с выделением умеренного количества гнойной мокроты, одышку, утомляемость, общую слабость, недомогание повышение температуры до субфебрильных цифр.

Выявлено, что больной - “заядлый” курильщик, выкуривает до 30 сигарет в сутки на протяжении 25 лет. В течение многих лет был кашель по утрам с выделением незначительного количества слизистой мокроты, на что пациент не обращал внимания. С годами кашель стал более постоянным, беспокоил не только по утрам, но и ночью, а иногда и днем, особенно в холодную погоду. Мокроты стало выделяться больше, она приобрела слизисто-гнойный характер. 2 года назад к указанным симптомам присоединилась одышка, возникающая при незначительной физической нагрузке. 3 дня назад переохладился, стал отмечать слабость, субфебрилитет, мокрота приобрела гнойный характер.

Объективно: состояние средней тяжести, число дыханий 22 в минуту. В легких - коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, множество свистящих хрипов на фоне ослабленного везикулярного дыхания, выдох удлинен. ЧСС 80 в мин. АД 140/70 мм рт. ст.

На рентгенограмме органов дыхания теней очагово-инфильтративного характера не выявлено, имеется усиление и деформация легочного рисунка в нижних отделах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей.

Анализ крови общий: эритроциты 5,5 х 1012 /л, лейкоциты - 8,6 х 109 /л, СОЭ – 8 мм/час.

Показатели ФВД: ЖЕЛ - 85% от должного, объем форсированого выдоха за первую секунду (ОФВ1) 49% от должного, индекс Тиффно - 60% от должного.

Задания**:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Оцените показатели функции внешнего дыхания.

3. Какие факторы являются этиологическими, и что может провоцировать обострение заболевания?

4. Составьте план лечения больного, дайте характеристику назначенных лекарственных средств.

5. Назовите показания для антибактериальной терапии.

**Задача №2**

Больной 64 года поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, утомляемость, общую слабость, недомогание, раздражительность, нарушение сна (бессонницу по ночам, сонливость в дневное время), отеки голеней.

Выкуривает 20 сигарет в сутки на протяжении более 45 лет. В течение многих лет отмечал кашель по утрам со слизистой мокротой. С годами кашель стал более постоянным, беспокоил не только по утрам, но и в дневное время, а также по ночам. Увеличилось количество отделяемой мокроты, она приобрела слизисто-гнойный характер. Около 9 лет назад к указанным симптомам присоединилась одышка при физической нагрузке. В течение последнего года отмечает усиление одышки, которая стала возникать при незначительной физической нагрузке, стали появляться отеки на ногах.

При объективном исследовании: общее состояние средней тяжести, число дыханий 28 в минуту. Теплый диффузный цианоз, отечность голеней. Набухание шейных вен сохраняется в положении стоя. В легких - коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, на фоне ослабленного везикулярного дыхания, единичные сухие свистящие хрипы, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум у основания грудины, ЧСС 92 в мин., АД 140/80 мм рт. ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, положительный симптом Плеша. (симптом Плеша - набухание шейных вен при надавливании ладонью на увеличенную печень - Недостаточность кровообращения по правожелудочковому типу).

Анализ крови: Эритроциты 5,5 х 1012 /л, Hb 187 г/л, лейкоциты - 7, 6 х 109 /л, СОЭ – 2 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки усиление и деформация легочного рисунка в нижних зонах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей, выбухание conus pulmonale.

Показатели ФВД: ЖЕЛ - 87% от должного, ОФВ1 38% от должного, индекс Тиффно

52 % от должного.

Задания**:**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Оцените данные гемограммы и показатели функции внешнего дыхания.

3. Назовите ЭКГ-признаки, характерные для данного состояния.

4. Перечислите клинические признаки правожелудочковой недостаточности.

5.Составьте план лечения больного.

**Задача №3**

Больной 58 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при ходьбе в обычном темпе, при подъеме на 1 этаж; одышка усиливается в холодное время года, при перепаде температуры внешней среды; также беспокоит незначительный кашель с отхождением серой мокроты преимущественно по утрам; за сутки мокроты выделяется небольшое количество – до 20 мл. Одышка беспокоит в течение 8 месяцев, постепенно нарастая. В предыдущие годы в поликлинику практически не обращался, только по поводу острых респираторных заболеваний, которые возникали редко. Курит с 17 лет по 1,5 пачки сигарет в день.

Объективно: астеническое телосложение, цвет кожных покровов и слизистых сероватый с цианотичным оттенком, выдох производит через сомкнутые губы; при перкуссии легких определяется коробочный звук во всех отделах, нижний край легких опущен на 1,5 ребра, подвижность легочного края – 1,5 см по лопаточной линии, дыхание резко ослабленное, хрипы не определяются. Границы сердца в пределах нормы, однако, определение их требует усиленной перкуссии, абсолютная тупость сердца не определяется. ЧСС 82 уд. в мин. АД 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Нижний край печени пальпируется на 4 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется, перкуторно её границы в пределах нормы. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, цв.показ. – 0,9, эритроциты – 4,4\*1012/л; лейкоциты – 6,2\*109/л; п/я – 3%, с/я – 62%, э – 2%, л – 28%, м – 5%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН – 6,0; плотность – 1020; белок – нет; сахар – нет; эп. кл. – 1-2-3 в п/зр; лейкоциты – 2-3 в п/зр.

Общий анализ мокроты: слизистая, цвет серый, эпит.клетки 3-6 в п/зр., лейк. – 6-8 в п/зр.

ЭКГ – ритм синусовый, вертикальное положение электрической оси сердца.

Задания**:**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Какие факторы риска развития заболевания имеются у этого больного?

4. Назначьте лечение данному больному.

**Задача №4**

Больной Н., 42 лет, жалуется на одышку, постоянный непродуктивный кашель, слабость, неприятные ощущения за грудиной в течение года, последние месяцы эти ощущения усилились. Тубконтакт отрицает, в ИТУ не был. Последняя ФЛГ 14 мес. назад – без патологии. Курит 20 лет по 1 пачке в день.

Грудная клетка астенична, активно участвует в акте дыхания, ч.д.д. 22 в мин. В легких низкие постоянные хрипы стридорозного типа, больше в межлопаточной области. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ч.с.с.88 в мин.

ФВД (см. протокол): VC=55%:; FVC=92%; FEV-1=43%; FEV-1/FVC=79%; PEF=20%.

ОАК: Л=5,5; Hb =125; ц.п.= 0,94; п/яд=4%; с/яд.=66%; Л=25% М=5%; СОЭ=28 мм

Sa=95%

Вопросы: 1. Какой ведущий Р-логический синдром?

2. Функциональный диагноз?

3. Дифф. диагностический ряд?

4. Дообследование?

**Задача № 5**

Больной Б., 37 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад. Болен в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: температура 37,5 С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 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. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.

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

профилактике данного заболевания.

**Модуль 2 Методика обследования больных в практической деятельности врача фтизиатра (желудочно-кишечный тракт)**

**Тема 1.** Обследование 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. 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. Лечение хронического панкреатита. Показания к хирургическому лечению.

5. Желчнокаменная болезнь. Основные клинические синдромы. Особенности клинической картины в период обострения и ремиссии.

6. Методы лечения желчнокаменной болезни. Профилактика.

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

8. Дифференциальный диагноз желтух.

9. Доброкачественные гипербилирубинемии.

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

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО

1) боли в правом подреберье

2) тошнота

3) рвота

4) дисфагия

5) горький вкус во рту

1. В МЕТОДИКУ ГЛУБОКОЙ ПАЛЬПАЦИИ НЕ ВХОДИТ ЭТАП

1) постановка руки

2) набор кожной складки

3) погружение на выдохе

4) погружение на вдохе

5) скольжение

1. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПОЛОЖИТЕЛЕН

1) симптом Щеткина-Блюмберга

2) симптом Мебиуса

3) симптом Мейо-Робсона

4) симптом Пастернацкого

5) симптом Мюссе

1. 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

1. ПОЯВЛЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СИМПТОМА ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

1) перитонита

2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

3) хронического гастрита

4) хронического панкреатита

1. 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

1. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ:
2. гастрина
3. панкреатического сока
4. холецистокинина
5. секретина
6. соляной кислоты
7. НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПЕЧЕНОЧНОГО ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:
8. повышение активности аланиновой аминотрансферазы
9. повышение активности альдолазы
10. повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
11. гипоальбуминения
12. повышение уровня сывороточного железа
13. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФИБРОЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ:
14. варикозное расширение вен пищевода
15. кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта
16. дивертикул пищевода
17. астматический статус
18. рак кардиального отдела желудка
19. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ (МЕХАНИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:
20. пероральная холецистография
21. внутривенная холеграфия
22. сцинтиграфия печени
23. ретроградная панкреатохолангиография
24. прямая спленопортография
25. ПЛОХО ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:
26. очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс)
27. холелитиаз
28. гемангиома печени
29. кисты и абсцессы поджелудочной железы
30. рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска)
31. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМАМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОТНОСЯТСЯ:
32. нарушения проходимости комка пищи
33. растяжение грыжевого мешка
34. рефлюкс в пищевод
35. спазм пищевода
36. ничего из перечисленного
37. СТРИКТУРА ПИЩЕВОДА ОБЫЧНО ОБУСЛОВЛЕНА:
38. пептической язвой пищевода
39. хронической пневмонией
40. язвенной болезнью
41. катаральным рефлюкс-эзофагитом
42. ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
43. ОСНОВНЫМИ ОТЛИЧИЯМИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ:
44. локализация язвы
45. величина язвы
46. отсутствие хронического рецидивирующего течения
47. кровотечение
48. частая пенетрация
49. 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:
50. продолжение прежнего лечения
51. внесение коррекции в лечение
52. проведение эндоскопии, с прицельной биопсией и гистологическим исследованием
53. постановка вопроса о хирургическом лечении
54. перерыв в лечении
55. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ:
56. увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина
57. билирубинурия
58. увеличение активности трансаминаз
59. ретикулоцитоз
60. гипоальбуминемия
61. ЖЕЛЧНЫЕ КАМНИ ЧАЩЕ ВСЕГО СОСТОЯТ ИЗ:
62. солей желчных кислот
63. холестерина
64. оксалатов
65. мочевой кислоты
66. цистина
67. ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИМЕЕТ МЕСТО:
68. снижение соотношения желчных кислот и холестерина
69. снижение уровня билирубина желчи
70. повышение уровня желчных кислот
71. повышение уровня лецитина
72. снижение уровня белков желчи
73. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
74. рентгенологический
75. ультразвуковой
76. биохимический
77. мультиспиральная компьютерная томография
78. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
79. развитие сахарного диабета
80. снижение функции внешней секреции (гипоферментемия)
81. желтуха
82. повышение активности аминотрансфераз
83. гепатомегалия

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 З., 62 лет, обратился к врачу с жалобами на рвоту вскоре после приема пищи, чувство полноты и тяжести в животе после еды, нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание.

Болен 5 лет, лечился амбулаторно по поводу анацидного гастрита. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5-и месяцев.

Объективно: температура 36,60С. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. При пальпации живота разлитая болезненность в эпигастральной области, здесь же пальпируется уплотнение величиной 3 см, подвижное, слабоболезненное. Пальпируется край печени на 1 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии.

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

Больная В., 35 лет, обратилась с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Больна несколько лет.

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. 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 №3

К врачу обратилась женщина 21 года 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., 36 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

Больной О., 20 лет, обратился к врачу с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натощак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. 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 №6

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 №7

К врачу обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области. Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура 37,2 С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

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

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 №9

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.

**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 |
| **Защита реферата** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется, если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется, если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| «ТРИ БАЛЛА» выставляется, если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| «ДВА БАЛЛА» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| «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**

**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. Основные перкуторные звуки, их характеристика.
2. Перечислите опознавательные перкуторные линии.
3. Определение очагового туберкулеза, источники возникновения и исходы.
4. Проявления очагового ТВ, методы диагностики.
5. Принципы лечения больных очаговым ТВ
6. Определение плеврита туберкулезной этиологии, источники возникновения и исходы
7. Проявления плеврита туберкулезной этиологии, методы диагностики, дифференциальная диагностика.
8. Принципы лечения больных плевритом туберкулезной этиологии
9. Определение милиарного туберкулеза, источники возникновения и исходы.
10. Проявления милиарного ТВ, методы диагностики.
11. Принципы лечения больных милиарного ТВ
12. Определение диссеминированного туберкулеза, источники возникновения и исходы.
13. Проявления диссеминированного ТВ, методы диагностики.
14. Варианты клинического течения диссеминированного туберкулеза
15. Принципы лечения больных диссеминированным ТВ
16. Определение кавернозного и фиброзно-кавернозного ТВ, источники возникновения и исходы.
17. Проявления кавернозного и фиброзно-кавернозного ТВ, методы диагностики.
18. Принципы лечения больных кавернозным и фиброзно-кавернозным ТВ.
19. Определение казеозной пневмонии, источники возникновения и исходы.
20. Проявления казеозной пневмонии, дифференциальная диагностика.
21. Принципы лечения больных казеозной пневмонией.
22. Клинические методы диагностики пневмонии.
23. Лабораторные методы диагностики пневмонии.
24. Функциональные методы диагностики пневмонии.
25. Принципы терапии пневмонии.
26. Определение, этиология и патогенез острого вирусного бронхита.
27. Диагностика острого вирусного бронхита.
28. Терапия острого вирусного бронхита.
29. Определение, этиология и патогенез, классификация болезней ВДП.
30. Диагностика болезней ВДП.
31. Терапия болезней ВДП.
32. Клинические методы диагностики ХОБЛ.
33. Лабораторные методы диагностики ХОБЛ.
34. Функциональные методы диагностики ХОБЛ.
35. Принципы терапии ХОБЛ.
36. Напишите топографические линии и области живота. Напишите методические приемы глубокой пальпации живота.
37. Какие отделы ЖКТ доступны глубокой пальпации и каковы их нормальные пальпаторные характеристики?
38. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
39. Методы лечения (диета, медикаментозное, немедикаментозные методы, санаторно-курортное) язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Показания к хирургическому лечению. Профилактика.
40. Хронический панкреатит. Первичные и вторичные панкреатиты. Клиническая картина. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. Дифференциальный диагноз.
41. Лечение хронического панкреатита. Показания к хирургическому лечению.
42. Желчнокаменная болезнь. Основные клинические синдромы. Особенности клинической картины в период обострения и ремиссии.
43. Методы лечения желчнокаменной болезни. Профилактика.
44. Хронические холециститы и холангиты. Клиника. Диагностика. Лечение.
45. Дифференциальный диагноз желтух.
46. Доброкачественные гипербилирубинемии.
47. Органические и функциональные заболевания пищевода. Рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Дифференциальный диагноз.

**Перечень практических заданий для проверки практических навыков**

1. Техника проведения пальпации грудной клетки.
2. Техника проведения пальпации сосудов.
3. Техника проведения сравнительной перкуссии легких.
4. Техника проведения сравнительной аускультации легких.
5. Техника проведения пальпации печени.
6. Техника проведения поверхностной пальпации передней брюшной стенки.
7. Техника проведения глубокой, скользящей, топографической, методической пальпации органов брюшной полости по Образцову-Стражеско.
8. Техника проведения ректального исследования.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра «Фтизиатрии и пульмонологии»

направление подготовки 31.08.51 Фтизиатрия

дисциплина «Симуляционный курс»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1.**

**I.** Основные перкуторные звуки, их характеристика.

**II.** Определение, этиология и патогенез острого вирусного бронхита.

**III.** Техника проведения сравнительной аускультации легких.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Межебовский В.Р.)

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ткаченко И.В.)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Симуляционное оснащение:**

* + 1. Манекен (торс вертикальный) для демонстрации методики физикального обследования дыхательной системы с возможностью имитации нормальной и патологической аускультативной картины легких.
    2. Многофункциональный симулятор для отработки навыков физикального обследования органов брюшной полости с Анатомической имитацией тела взрослого человека с пальпируемыми костными анатомическими ориентирами, возможностью проведения осмотра, пальпации, перкуссии органов брюшной полости, имитации патологии органов ЖКТ, определения размеров печени, пальпации увеличенной селезенки, имитации асцита

**Медицинское оснащение:**

1. Стол рабочий.

2. Стул.

3. Стол/кушетка/тележка на колесах для размещения манекена.

4. Раковина с локтевым смесителем.

5. Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация).

6. Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация).

7. Настенные часы с секундной стрелкой.

8. Шариковая ручка.

9. Стетофонендоскоп.

10. Контейнер для сбора отходов класса А.

11. Контейнер для сбора отходов класса Б.

12. Смотровые перчатки разных размеров (S, M, L).

13. Спиртовая салфетка.

14. Одноразовое полотенце.

15. Шпатель одноразовый деревянный.

16. Бланк информированного добровольного согласия пациента.

17. Медицинская карта пациента, получающего помощь в

амбулаторных условиях.

18. Кушетка или функциональная кровать для размещения

тренажера.

19. Настенные часы с секундной стрелкой.

20. Передвижной столик с набором оборудования

**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 сМеждународно й статистической  классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | вопросы № 4,7,10,13,17,22,27,30,32,38,40,42,44 |
| 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 формы и их осложнений, в соответствии сМеждународной статистическойклассификацией болезней; проводитьдифференциальный диагноз, оценивать  тяжесть заболевания. | Проблемно-ситуационные задачи № 1-5 |
| 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 (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 № 5, 8, 11, 15, 18, 21, 25, 28, 31, 39, 41, 43 |
| Уметь:  Интерпретировать данные обследования пациента с терапевтической патологией  планировать его индивидуальноелечение; | практические задания № 1-8 |
| Владеть:  алгоритмами действия специалистов первичной медико-санитарной помощи | Проблемно-ситуационные задачи № 1-5 |
| 3. | УК-1  Готовность к абстрактному  мышлению, анализу, синтезу | Знать:  Закономерности причин и следствия | вопросы №1-15, 20-22 |
| Уметь:  Абстрактно мыслить,  анализировать и обобщать клинические симптомы, выявленные в ходе  обследования пациента | Проблемно-ситуационные задачи № 1-5 |
| Владеть:  навыками абстрактного  мышления, анализа и синтеза  информации, полученной в процессе  обследования и лечения пациента | Проблемно-ситуационные задачи № 1-5 |