

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 09.02.2018
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

УТВЕРЖДАЮ
И.о. ректора Л.М. Железнов
«27» июня 2018 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
«Общая врачебная практика (семейная медицина)»

Специальность 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

Форма обучения: очная

Срок освоения ОПОП: 2 года

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина), утвержденного Министерством образования и науки РФ «25» августа 2014г. приказ № 1097

2) Учебного плана по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина), одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России 27.06.2018 г. протокол № 5.

3) Проекта Профессионального стандарта по общей врачебной практике (семейной медицине),

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой семейной медицины и поликлинической терапии «27» июня 2018 г. (протокол № 9)

Заведующий кафедрой М.С. Григорович

методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Председатель методической комиссии И.А. Коковихина

Центральным методическим советом «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Заведующая кафедрой семейной медицины и поликлинической терапии, д.м.н., доцент

М.С. Григорович

доцент кафедры семейной медицины и поликлинической терапии, к.м.н., доцент

Е.Ю. Вычугжанина

Рецензенты

Зав. кафедрой семейной медицины ИПО ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России д.м.н., проф., главный специалист по ОВП/СМ по Приволжскому ФО

В.И. Купаев

Зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО Кировского ГМУ Минздрава России д.м.н., проф.

Б.Ф. Немцов

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	5
1.6. Формируемые компетенции выпускника	6
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	10
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	11
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	11
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	20
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	20
3.4. Тематический план лекций	21
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	27
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	47
3.7. Лабораторный практикум	48
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	48
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	48
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	48
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	49
4.2.1. Основная литература	49
4.2.2. Дополнительная литература	50
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	51
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	52
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	53
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	54
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	56
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	57

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) приобретение профессиональных компетенций врача общей практики (семейного врача), направленных на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пациентам вне зависимости от возраста, пола, характера заболевания в контексте семьи и медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия», в дневном стационаре и стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

1. профилактическая деятельность:

- сформировать навыки предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- способствовать приобретению знаний и навыков по проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- сформировать навыки проведения сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

2. диагностическая деятельность:

- способствовать приобретению знаний по диагностике заболеваний, состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- способствовать приобретению знаний по диагностике неотложных состояний;
- способствовать приобретению знаний по диагностике беременности;
- способствовать приобретению навыков по проведению медицинской экспертизы;

3. лечебная деятельность:

- способствовать приобретению навыков по оказанию специализированной медицинской помощи членам семьи вне зависимости от пола, возраста, характера заболевания;
- способствовать приобретению знаний и навыков с целью участия в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

4. реабилитационная деятельность:

- способствовать приобретению знаний с целью участия в проведении медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

5. психолого-педагогическая деятельность:

- способствовать приобретению знаний и навыков, направленных на формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Общая врачебная практика (семейная медицина)» относится к блоку Б 1. Дисциплины базовой части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Общественное здоровье и здравоохранение, Патология, Клиническая фармакология.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике, Болезни детей и подростков в общей врачебной практике, Профилактика и диспансеризация хронических неинфекционных заболеваний.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в

возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);

население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности:

профилактическая;

диагностическая;

лечебная;

реабилитационная;

психолого-педагогическая.

1.6. Формируемые компетенции выпускника

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Но-мер/ин-декс ком-петенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	УК-1	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	основные принципы, законы и категории знаний в их логической целостности и последовательности	приобретать систематические знания в области медицинской науки, анализировать возникающие в процессе научного исследования проблемы с точки зрения современных научных парадигм, осмысливать и делать обоснованные выводы из новой научной и учебной литературы, результатов экспериментов, происходящих в мире глобальных событий	способностью абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать получаемую информацию.	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
2.	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и	определение понятия "здоровье", закономерности формирования	осуществлять мероприятия, направленные на профилактику часто	методикой индивидуального и группового профилактического	решение тестовых заданий, ситуационных задач,	решение тестовых заданий, выполнение

		<p>укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>здорового образа жизни семьи; социально-гигиенические и медицинские аспекты профилактики наркоманий, токсикоманий, злоупотребления лекарственными препаратами, злоупотребления алкоголем, табакокурения; определения понятий “профилактика”, “медицинская профилактика”, “предболезнь”, “болезнь”; группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; принципы консультирования пациентов; программы физической активности детей, подростков,</p>	<p>встречающих заболеваний внутренних органов</p>	<p>консультирования (школы здоровья)</p>	<p>разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП</p>	<p>практических навыков, ситуационных задач, собеседование</p>
--	--	---	---	---	--	--	--

			взрослых и пожилых людей; основы рационального питания				
3.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; основы диспансеризации и диспансерного наблюдения за пациентами	проводить диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с распространенными заболеваниями внутренних органов	методикой диспансерного наблюдения за пациентами в амбулаторно-поликлинических условиях. оценкой эффективности профилактических мероприятий оценка эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
4.	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	этиологию и патогенез наиболее распространенных заболеваний человека; особенности проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей	уметь проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни; проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства.	методами и технологиями диагностики и скрининга болезней человека	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование

			показания к направлению на консультацию специалиста.				
5.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины)	принципы осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципы оказания ПМСП с наиболее рациональным использованием ресурсов здравоохранения.	разделять и классифицировать проблемы пациента Оказывать ПМСП по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей	методиками организации маршрута пациента, ведения и лечения пациентов в амбулаторном звене	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
6.	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	теоретические основы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении на основе доказательной базы.	осуществлять лечение распространенных заболеваний человека с учетом личностно-ориентированного подхода и в соответствии с требованиями действующих порядков, протоколов и стандартов	современными методами и технологиями лечебно-реабилитационной помощи в условиях ОВП	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
7.	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации,	концепцию здоровья. Современную методологию профилактической	выявлять факторы риска, информировать и консультировать пациентов;	методикой индивидуального и группового профилактического	решение тестовых заданий, ситуационных задач,	решение тестовых заданий, выполнение

	направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	медицины. систему жизненных ценностей пациента, уровня его понимания связи своих проблем с био-психо-социальными аспектами его жизни	проводить связи настоящих и возможно будущих проблем пациента и его окружения с его поведением, образом жизни.	консультирования (школы здоровья)	разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	практических навыков, ситуационных задач, собеседование
--	---	--	--	-----------------------------------	---	---

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 28 зачетных единиц, 1008 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		№ 1	№ 2	№ 3	№ 4
1	2	3	4	5	6
Контактная работа (всего)	288	72	72	72	72
в том числе:					
Лекции (Л)	32	8	8	8	8
Практические занятия (ПЗ)	128	32	32	32	32
Семинары (С)	128	32	32	32	32
Лабораторные занятия (ЛР)	-	-	-	-	-
Самостоятельная работа (всего)	576	144	144	144	144
В том числе:					
- Презентация разбора клинического случая	72	-	-	72	-
- Клинические кейсы	216	72	72	-	72
- Учебная МКАП	144	36	36	36	36
- Другие виды работы (подготовка к занятиям, работа с литературными источниками, работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме и др.)	144	36	36	36	36
Вид промежуточной аттестации	зачет				
	экзамен	144	36	36	36

Общая трудоемкость (часы)	1008	252	252	252	252
Зачетные единицы	28	7	7	7	7

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	УК-1	Основы общей врачебной практики (семейной медицины)	<p><i>Лекции:</i> Организация общей врачебной практики, Роль и основные задачи ОВП в ПМСП. Основные обязанности ВОП.</p> <p><i>Семинары:</i> Специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина); Роль и основные задачи ОВП в ПМСП; Обязанности ВОП (СВ); Содержание работы ВОП (СВ); Основные направления деятельности ВОП (СВ)</p> <p><i>Практические занятия:</i> Специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина)»; Роль и основные задачи ОВП в ПМСП; Обязанности ВОП (СВ); Содержание работы ВОП (СВ); Основные направления деятельности ВОП (СВ).</p>
2.	УК-1, ПК-5	Диагностика в ОВП	<p><i>Лекции:</i> Методы лабораторной, функциональной, эндоскопической, электрофизиологической и лучевой диагностики в работе ВОП/СВ</p> <p><i>Семинары:</i> Клиническое обследование пациентов; Лабораторная диагностика; Функциональные и электрофизиологические методы диагностики и интерпретация результатов; Лучевые методы диагностики в ОВП; Эндоскопические методы диагностики в ОВП</p> <p><i>Практические занятия:</i> Клиническое обследование пациентов; Лабораторная диагностика; Функциональные и электрофизиологические методы диагностики и интерпретация результатов; Лучевые методы диагностики в ОВП; Эндоскопические методы диагностики в ОВП.</p>
3.	УК-1 ПК-9	Медицинская психология в ОВП	<p><i>Семинары:</i> Основы медицинской психологии; Взаимоотношения врача и пациента; Этика, профессиональное поведение и личность семейного врача;</p> <p><i>Практические занятия:</i> Основы медицинской психологии; Взаимоотношения врача и пациента; Этика, профессиональное поведение и личность семейного врача.</p>
4.	УК-1	Внутренние болезни в ОВП	<p><i>Лекции:</i> Болезни органов дыхания в ОВП: внебольничные пневмонии, рациональная антибиотикотерапия, тактика ведения пациента</p>

	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9</p>		<p>на до- и постгоспитальном этапах; Организация лечения больных с ИБС в ОВП. Тактика ведения больных с инфарктом миокарда. ОКС; Диспепсия; Запор; Инфекции мочевых путей; Анемический синдром. Тактика врача общей практики; Воспалительные заболевания суставов и позвоночника; Сахарный диабет 2 типа в ОВП; Бронхиальная астма в ОВП <i>Семинары:</i> Факторы риска заболеваний/состояний органов дыхания; Диагностика заболеваний органов дыхания; Состояния/заболевания органов дыхания встречающиеся в ОВП; Поражения бронхолегочной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем; Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов дыхания в ОВП Неотложные состояния; Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний/состояний; Диагностика сердечно-сосудистых заболеваний; Сердечно-сосудистые состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП; Сердечно-сосудистые состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП; Поражения сердца, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем; Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы в ОВП; Неотложные состояния; Факторы риска заболеваний/состояний органов пищеварения; Диагностика заболеваний органов пищеварения; Состояния/заболевания органов пищеварения встречающиеся в ОВП; Поражения пищеварительной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем; Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов пищеварения в ОВП; Неотложные состояния; Факторы риска заболеваний/состояний почек и мочевыводящих путей; Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей;</p>
--	---	--	---

			<p>Состояния/заболевания почек и мочевыводящих путей встречающиеся в ОВП;</p> <p>Поражения почек и мочевыводящих путей, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний почек и мочевыводящих путей в ОВП;</p> <p>Неотложные состояния;</p> <p>Факторы риска заболеваний/состояний крови и органов кроветворения;</p> <p>Диагностика заболеваний крови и органов кроветворения;</p> <p>Состояния/заболевания крови и органов кроветворения встречающиеся в ОВП;</p> <p>Поражения системы кроветворения, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний крови и органов кроветворения в ОВП;</p> <p>Неотложные состояния;</p> <p>Основные симптомы и синдромы поражения опорно-двигательного аппарата, включая ревматические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП;</p> <p>Основные ревматические заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику;</p> <p>Основные скелетно-мышечные заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний суставов в ОВП;</p> <p>Факторы риска заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ;</p> <p>Состояния/заболевания эндокринной системы и нарушений обмена веществ наиболее часто встречающиеся в ОВП;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ в ОВП;</p> <p>Факторы риска аллергических заболеваний/состояний;</p> <p>Аллергические состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП;</p> <p>Аллергия, связанная с заболеваниями/состояниями других органов и систем;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся аллергических заболеваний в ОВП;</p> <p><i>Практические занятия:</i></p>
--	--	--	---

			<p>Факторы риска заболеваний/состояний органов дыхания;</p> <p>Диагностика заболеваний органов дыхания;</p> <p>Состояния/заболевания органов дыхания встречающиеся в ОВП;</p> <p>Поражения бронхолегочной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов дыхания в ОВП;</p> <p>Неотложные состояния;</p> <p>Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний/состояний;</p> <p>Диагностика сердечно-сосудистых заболеваний;</p> <p>Сердечно-сосудистые состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП;</p> <p>Поражения сердца, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы в ОВП;</p> <p>Неотложные состояния;</p> <p>Факторы риска заболеваний/состояний органов пищеварения;</p> <p>Диагностика заболеваний органов пищеварения;</p> <p>Состояния/заболевания органов пищеварения встречающиеся в ОВП;</p> <p>Поражения пищеварительной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов пищеварения в ОВП;</p> <p>Неотложные состояния;</p> <p>Факторы риска заболеваний/состояний почек и мочевыводящих путей;</p> <p>Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей;</p> <p>Состояния/заболевания почек и мочевыводящих путей встречающиеся в ОВП;</p> <p>Поражения почек и мочевыводящих путей, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний почек и мочевыводящих путей в ОВП;</p> <p>Неотложные состояния;</p> <p>Факторы риска заболеваний/состояний крови и органов кроветворения;</p> <p>Диагностика заболеваний крови и органов кроветворения;</p> <p>Состояния/заболевания крови и органов кроветворения встречающиеся в ОВП;</p>
--	--	--	--

			<p>Поражения системы кроветворения, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний крови и органов кроветворения в ОВП;</p> <p>Неотложные состояния;</p> <p>Основные симптомы и синдромы поражения опорно-двигательного аппарата, включая ревматические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП;</p> <p>Основные ревматические заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику;</p> <p>Основные скелетно-мышечные заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний суставов в ОВП;</p> <p>Факторы риска заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ;</p> <p>Состояния/заболевания эндокринной системы и нарушений обмена веществ наиболее часто встречающиеся в ОВП;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ в ОВП;</p> <p>Факторы риска аллергических заболеваний/состояний;</p> <p>Аллергические состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП;</p> <p>Аллергия, связанная с заболеваниями/состояниями других органов и систем;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся аллергических заболеваний в ОВП.</p>
5.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Болезни пожилых в ОВП	<p>Лекции: Проблемы гериатрии в общей врачебной практике</p> <p><i>Семинары:</i> Старение;</p> <p>Физиология «нормального старения»;</p> <p>Общие медицинские проблемы. Состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся у пожилых в ОВП. Особенности клинических проявлений и ведения</p> <p><i>Практические занятия:</i></p> <p>Старение;</p> <p>Физиология «нормального старения»;</p> <p>Общие медицинские проблемы. Состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся у пожилых в ОВП. Особенности клинических проявлений и ведения.</p>
6.	УК-1, ПК-1	Акушерство и гинекология в ОВП	<p>Лекции: Особенности профилактики заболеваний у женщин в менопаузе;</p>

	ПК-2, ПК-5, ПК-6		<p>Планирование семьи. Контрацепция в ОВП <i>Семинары:</i> Обследование здоровых и больных женщин; Менструальный цикл и его нарушения; Репродуктивное здоровье; Акушерство; Гинекология; Менопауза; Продвижение здоровья и профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний у женщин. <i>Практические занятия:</i> Обследование здоровых и больных женщин; Менструальный цикл и его нарушения; Репродуктивное здоровье; Акушерство; Гинекология; Менопауза; Продвижение здоровья и профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний у женщин.</p>
7.	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Болезни детей и подростков в ОВП	<p><i>Лекции:</i> Физиология новорожденных. Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике семейного врача; <i>Семинары:</i> Наблюдение за здоровым ребенком по годам; Тактика ведения ребенка с фоновыми и патологическими состояниями на общеврачебном участке. <i>Практические занятия:</i> Наблюдение за здоровым ребенком по годам; Тактика ведения ребенка с фоновыми и патологическими состояниями на общеврачебном участке.</p>
8.	УК-1, ПК-1 ПК-5, ПК-6	Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП	<p><i>Лекции:</i> Особо опасные инфекции в ОВП; Острые кишечные инфекции в ОВП; Раннее и своевременное выявление туберкулеза. Профилактика туберкулеза. <i>Семинары:</i> Факторы риска инфекционных и паразитарных заболеваний; Инфекционные заболевания, наиболее часто встречающиеся в популяции и регионе в ОВП; Особо опасные (карантинные) инфекции; Паразитарные болезни основные инфекции, наиболее часто встречающиеся в популяции и в регионе; Наиболее частые инфекции у больных со сниженным иммунитетом; Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в ОВП; Общие вопросы туберкулеза; Клинические проявления туберкулеза;</p>

			<p>Профилактика туберкулеза в ОВП; Туберкулез и беременность <i>Практические занятия:</i> Факторы риска инфекционных и паразитарных заболеваний; Инфекционные заболевания, наиболее часто встречающиеся в популяции и регионе в ОВП; Особо опасные (карантинные) инфекции; Паразитарные болезни основные инфекции, наиболее часто встречающиеся в популяции и в регионе; Наиболее частые инфекции у больных со сниженным иммунитетом; Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в ОВП; Общие вопросы туберкулеза; Клинические проявления туберкулеза; Профилактика туберкулеза в ОВП; Туберкулез и беременность.</p>
9.	УК-1, ПК-2, ПК-5 ПК-6, ПК-8	Болезни нервной системы в ОВП	<p><i>Лекции: Острые нарушения мозгового кровообращения в общей врачебной практике. Факторы риска ОНМК; Синдром головной боли.</i> <i>Семинары:</i> Факторы риска заболеваний/состояний нервной системы; Основные симптомы, синдромы и заболевания нервной системы встречающиеся в ОВП; Диагностика заболеваний/состояний нервной системы; Поражения нервной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем; Лекарственные поражения нервной системы; Соматоформные расстройства, имитирующие неврологические заболевания; Нарушения нервной системы и беременность; Местное лечение – блокады местными анестетиками болевых синдром; Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы в ОВП; Неотложные состояния. <i>Практические занятия:</i> Факторы риска заболеваний/состояний нервной системы; Основные симптомы, синдромы и заболевания нервной системы, встречающиеся в ОВП; Диагностика заболеваний/состояний нервной системы; Поражения нервной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем; Лекарственные поражения нервной системы;</p>

			<p>Соматоформные расстройства, имитирующие неврологические заболевания;</p> <p>Нарушения нервной системы и беременность;</p> <p>Местное лечение – блокады местными анестетиками болевых синдром;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы в ОВП;</p> <p>Неотложные состояния.</p>
10.	УК-1, ПК-1, ПК-5	Пациент с нарушением психики в ОВП	<p><i>Лекции:</i> Тактика ВОП/СВ при работе с пациентом и членами его семьи, имеющим психическое заболевание или расстройство: отключения и «странные состояния».</p> <p><i>Семинары:</i></p> <p>Нормальное психо - социальное развитие и поведение в разные возрастные периоды и их варианты;</p> <p>Факторы риска психических расстройств;</p> <p>Нарушения психического здоровья;</p> <p>Взаимоотношения врач-пациент, включая зависимость пациента, имеющего психические расстройства и расстройства поведения от врача;</p> <p>Профилактика психических расстройств и расстройств поведения</p> <p><i>Практические занятия:</i></p> <p>Нормальное психо-социальное развитие и поведение в разные возрастные периоды и их варианты;</p> <p>Факторы риска психических расстройств;</p> <p>Нарушения психического здоровья;</p> <p>Взаимоотношения врач-пациент, включая зависимость пациента, имеющего психические расстройства и расстройства поведения от врача;</p> <p>Профилактика психических расстройств и расстройств поведения.</p>
11.	УК-1, ПК-5	Профессиональные болезни в ОВП	<p><i>Лекции:</i> Общие вопросы профессиональной патологии. Профессиональные заболевания, вызванные воздействием химических факторов;</p> <p><i>Семинары:</i></p> <p>Общие вопросы профессиональной патологии;</p> <p>Профессиональные заболевания.</p> <p><i>Практические занятия:</i></p> <p>Общие вопросы профессиональной патологии;</p> <p>Профессиональные заболевания.</p>
12.	УК-1, ПК-5 ПК-6, ПК-8	Болезни уха, горла и носа в ОВП	<p><i>Лекции:</i> Болезни уха в ОВП; Болезни носа в ОВП</p> <p><i>Семинары:</i></p> <p>Факторы риска заболеваний/состояний уха, горла, носа;</p> <p>Состояния/заболевания уха, горла, носа встречающиеся в ОВП;</p> <p>Объемные образования шеи;</p>

			<p>Хирургические методы лечения/диагностики в условиях ОВП;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний в ОВП</p> <p><i>Практические занятия:</i></p> <p>Факторы риска заболеваний/состояний уха, горла, носа;</p> <p>Состояния/заболевания уха, горла, носа встречающиеся в ОВП;</p> <p>Объемные образования шеи;</p> <p>Хирургические методы лечения/диагностики в условиях ОВП;</p> <p>Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний в ОВП.</p>
13.	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Болезни глаз в ОВП	<p><i>Лекции:</i> Катаракта в практике семейного врача;</p> <p>Глаукома в практике семейного врача.</p> <p><i>Семинары:</i></p> <p>Факторы риска заболеваний/состояний глаз;</p> <p>Состояния/заболевания глаз встречающиеся в ОВП;</p> <p>Поражения глаз, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей;</p> <p>Лечение заболеваний/состояний глаза и его придаточного аппарата;</p> <p><i>Практические занятия:</i></p> <p>Факторы риска заболеваний/состояний глаз;</p> <p>Состояния/заболевания глаз встречающиеся в ОВП;</p> <p>Поражения глаз, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей;</p> <p>Лечение заболеваний/состояний глаза и его придаточного аппарата.</p>
14.	УК-1, ПК-5, ПК-6	Болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем в ОВП	<p><i>Лекции:</i> Болезни и состояния кожи встречающиеся в ОВП;</p> <p>Сифилис. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение больных. Профилактика.</p> <p><i>Семинары:</i></p> <p>Факторы риска кожных заболеваний;</p> <p>Болезни и состояния кожи встречающиеся в ОВП;</p> <p>Консервативные методы лечения;</p> <p>Профилактика кожных болезней в ОВП;</p> <p>Факторы риска инфекций, передающихся половым путем;</p> <p>Инфекции, передающиеся половым путем, встречающиеся в ОВП;</p>

			Профилактика инфекций, передающихся половым путем в ОВП. <i>Практические занятия:</i> Факторы риска кожных заболеваний; Болезни и состояния кожи встречающиеся в ОВП; Консервативные методы лечения; Профилактика кожных болезней в ОВП; Факторы риска инфекций, передающихся половым путем; Инфекции, передающиеся половым путем, встречающиеся в ОВП; Профилактика инфекций, передающихся половым путем в ОВП.
15.	УК-1, ПК-5	Болезни зубов, слизистой оболочки полости рта и языка в ОВП	<i>Семинары:</i> Методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка; Основные синдромы и симптомы; Зубы; Пародонт; Слизистая оболочка полости рта (СОПР); Объемные образования шеи; Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР; Ортодонтия. <i>Практические занятия:</i> Методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка; Основные синдромы и симптомы; Зубы; Пародонт; Слизистая оболочка полости рта (СОПР); Объемные образования шеи; Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР; Ортодонтия.

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п\п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № модулей/разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике	+	+	+		+										
2	Болезни детей и подростков в общей врачебной практике	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+
3	Профилактика и диспансеризация	+	+	+	+	+					+	+	+		+	+

хронических неинфекционных заболеваний															
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Основы общей врачебной практики (семейной медицины)	2	5	-	5	24	36
2	Диагностика в ОВП	-	5	-	5	24	34
3	Медицинская психология в ОВП	-	3	-	3	24	30
4	Внутренние болезни в ОВП	14	44,5	-	40,5	160	259
5	Болезни пожилых в ОВП	1	4	-	4	20	29
6	Акушерство и гинекология в ОВП	2	7	-	7	38	54
7	Болезни детей и подростков в ОВП	2	14	-	14	68	98
8	Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП	3	9,5	-	9,5	38	60
9	Болезни нервной системы в ОВП	2	4	-	5	24	35
10	Пациент с нарушением психики в ОВП	1	3,5	-	5	20	29,5
11	Профессиональные болезни в ОВП	1	3	-	4	20	28
12	Болезни уха, горла и носа в ОВП	2	9,5	-	9	38	58,5
13	Болезни глаз в ОВП	2	9,5	-	9	38	58,5
14	Болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем в ОВП	-	3	-	4	20	27
15	Болезни зубов, слизистой оболочки полости рта и языка в ОВП	-	3,5	-	4	20	27,5
	Вид промежуточной аттестации:	зачет	экзамен				144
		экзамен					
	Итого:	32	128	-	128	576	1008

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)			
				1 сем	2 сем	3 сем	4 сем
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Раздел 1	Организация общей врачебной практики	Введение. Основные формы организации общей врачебной практики. Общие принципы организации отделения общей практики на базе лечебно-профилактических учреждений. Основные нормативно-правовые документы. Юридические основы деятельности врача общей практики. Функции врача общей практики. Взаимодействие врача общей практики с узкими специалистами. Функции медицинской сестры врача общей практики. Принципы финансирования в общей врачебной практике. Работа с	1			

			населением и средствами массовой информации.				
2	Раздел 1	Роль и основные задачи ОВП в ПМСП. Основные обязанности ВОП	Организация оказания медицинской помощи в ОВП – основные направления деятельности. Организация лечебно-диагностического процесса и профилактических мероприятий. Организации оказания помощи обслуживаемому населению. Диспансеризация здоровых и больных пациентов в ОВП. Пропаганда медицинских знаний и здорового образа жизни. Совместная работа с органами социального обеспечения и службами милосердия. Совместная работа персонала ОВП врача, медсестры, вспомогательного персонала и специалистов (работа в команде). Организация работы команды ОВП (ВОП/СВ, медицинских сестер общей практики (семейных медицинских сестер), младшего медицинского и технического персонала, социального работника). Совместная работа со специалистами. Критерии эффективно работающей команды. Роль и обязанности команды, ее руководителя и членов команды. Совместное обучение – как способ повышения квалификации персонала ОВП.	1			
3	Раздел 4	Болезни органов дыхания в ОВП: внебольничные пневмонии, рациональная антибиотикотерапия, тактика ведения пациента на до- и постгоспитальном этапах.	Актуальность темы для ВОП/СВ. Особенности эпидемиологии пневмоний и профилактика на современном этапе. Диф.диагностика заболеваний органов дыхания в условиях ОВП. Выбор антибактериальных препаратов в различных возрастных группах. Тактика ВОП. Роль МСОП. ПМП и НП, организация лечения в условиях ОВП. Диспансерное наблюдение и реабилитация.	2			
4	Раздел 4	Организация лечения больных с ИБС в ОВП. Тактика ведения больных с инфарктом миокарда. ОКС.	Актуальность темы для ВОП/СВ. Особенности эпидемиологии ИБС и профилактика на современном этапе. Диф.диагностика ИБС в ОВП. Инфаркт миокарда. ОКС. Диагностика в условиях ОВП. ЭКГ. Тактика ВОП. Роль МСОП. ПМП и НП, организация лечения в условиях ОВП. Диспансерное наблюдение и реабилитация.	2			
5	Раздел 4	Диспепсия.	Актуальность. Причины диспепсии. Факторы риска. Дифференциальная диагностика. Источники неверного диагноза. Алгоритм обследования, врачебная тактика. Случаи, требующие консультации других	2			

			специалистов. Ведение пациента и организация лечения в условиях ОВП.				
6	Раздел 4	Запор.	Актуальность. Причины. Факторы риска. Дифференциальная диагностика. Источники неверного диагноза. Алгоритм обследования, врачебная тактика. Случаи, требующие консультации других специалистов. Ведение пациента и организация лечения в условиях ОВП.	1			
7	Раздел 4	Инфекции мочевых путей.	Эпидемиология ИМВП. Классификация. Этиология и антибиотикорезистентность. Основные патогенетические факторы. Этиологическая диагностика. Острый цистит. Острый пиелонефрит. Классификация. Диагностика острого пиелонефрита. Лечение острого пиелонефрита. Рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей. Инфекция мочевых путей у беременных. Инфекция мочевых путей у женщин в постменопаузе. Бессимптомная бактериурия. Инфекции мочевых путей у пожилых. Инфекция мочевых путей у больных сахарным диабетом.	1			
8	Раздел 4	Анемический синдром. Тактика врача общей практики.	Определение анемического синдрома. Постгеморрагические анемии. Железодефицитная анемия. Гемолитические анемии. Мегалобластные анемии. Апластические анемии. Сидерохрестическая анемия. Анемия при свинцовом отравлении. Анемия при беременности. Анемии при хронических заболеваниях.	1			
9	Раздел 4	Воспалительные заболевания суставов и позвоночника.	Введение – актуальность. Классификация. Особенности патоморфологии и патогенеза воспалительных заболеваний суставов и позвоночника. Клинические проявления при воспалительных заболеваниях суставов и позвоночника. Дифдиагноз. Организация ведения пациентов в условиях ОВП. Показания к направлению больного к ревматологу. Показания к оперативному лечению при остеоартрозе. Профилактика.	1			
10	Раздел 7	Физиология новорожденных. Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике семейного врача	Актуальность темы. Физиологические особенности новорожденного (адаптация, иммунитет и др.). Переходные состояния и транзиторные особенности систем (ЦНС, почки, печень, кожа, эндокринная система). Критерии комплексной оценки состояния здоровья детей. Группы здоровья. Заключение.	1			
11	Раздел 7	Техника грудного	Введение. Условия, необходимые для успешного грудного вскармливания. Правила успешного грудного	1			

		вскармливания. Гипогалактия. Искусственное вскармливание. Питание детей старше года	вскармливания. Техника, методика и организация. Признаки достаточности количества молока. Профилактика и борьба с гипогалактией. Прикормы. Схемы вскармливания детей на искусственном вскармливании. Основы питания детей старше года: Требования режима, по составу и по возрасту. Заключение.				
12	Раздел 9	Острые нарушения мозгового кровообращения в общей врачебной практике. Факторы риска ОНМК	Клиническая классификация ОНМК. Дифференциальный диагноз ОНМК в условиях ОВП. Помощь на догоспитальном этапе в условиях ОВП. Помощь на постгоспитальном этапе, реабилитация пациентов в условиях ОВП.		1		
13	Раздел 9	Синдром головной боли.	Введение. Классификация головных болей. Диагностика первичных вторичных головных болей. Характеристика головных болей при различных заболеваниях: 1. Мигрень. 2. Головные боли напряжения. 3. Кластерная боль. 4. Головные боли при объемном процессе головного мозга. 5. Головные боли, вызванные злоупотреблением лекарственных препаратов. 6. Посттравматические головные боли.		1		
14	Раздел 4	Сахарный диабет 2 типа в ОВП.	Актуальность проблемы. Определение понятия, классификация. Критерии диагностики в условиях ОВП. Комплексное лечение пациентов, цели лечения. Целевые показатели сахара крови. Профилактика.			1	
15	Раздел 4	Бронхиальная астма в ОВП	1. Факторы риска. 2. Современное определение понятия. 3. Тактика ведения пациента в условиях ОВП. 4. Взаимодействие ВОП и пульмонолога. 5. Неотложные состояния при БА.			1	
16	Раздел 5	Проблемы гериатрии в общей врачебной практике	Введение. Деменция у пожилых. Депрессия в пожилом возрасте. Недержание мочи у пациентов пожилого возраста. Проблема падений у пожилых.			1	
17	Раздел 6	Особенности профилактики заболеваний у женщин в менопаузе.	Введение, или почему мы говорим об особенностях женского здоровья. Менопауза, дефиниции. Особенности поведения женщины. Факторы риска ХНИЗ у женщин. Заместительная гормональная терапия и женское здоровье. Формирование ЗОЖ и здоровье женщин в период менопаузы.			1	
18	Раздел 6	Планирование семьи. Контрацепция в ОВП.	Актуальность темы. Репродуктивное поведение в семье. Определение контрацепции. Медицинские показания. Методы контрацепции. Роль ВОП в планировании семьи			1	
19	Раздел 8	Особо опасные	Определение ООИ (холера, сибирская язва, чума). Особенности			1	

		инфекции в ОВП	эпидемиологии ООИ и профилактика на современном этапе. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма и вида возбудителя. Особенности патогенеза и патоморфологии. Дифдиагностика ООИ. Тактика ВОП. ПМП в условиях ОВП. Противоэпидемические мероприятия в очагах ООИ.				
20	Раздел 8	Острые кишечные инфекции в ОВП.	Актуальность темы ОКИ для ВОП/СВ. Особенности эпидемиологии ОКИ и профилактика на современном этапе. Клиническая классификация ОКИ. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма и вида возбудителя. Особенности патогенеза и патоморфологии. Дифдиагностика ОКИ. Диагностика ОКИ в условиях ОВП. Тактика ВОП. ПМП и организация лечения в условиях ОВП. Диспансерное наблюдение и реабилитация при ОКИ.			1	
21	Раздел 8	Раннее и своевременное выявление туберкулеза. Профилактика туберкулеза.	Введение. Раннее выявление туберкулеза, определение, основной метод. Показания, противопоказания для проведения пробы Манту с 2ТЕ, оценка пробы. Диаскинтест. Своевременное выявление туберкулеза, ФГ как основной метод выявления туберкулеза у взрослых. Профилактика туберкулеза, разделы. Специфическая профилактика туберкулеза			1	
22	Раздел 10	Тактика ВОП/СВ при работе с пациентом и членами его семьи, имеющим психическое заболевание или расстройство: отключения и «странные состояния».	1.Актуальность темы для ВОП/СВ. 2. Факторы риска развития психических заболеваний.3. Наиболее частые психические заболевания и расстройства в ОВП. Особенности эпидемиологии и профилактика на современном этапе.4. Клиническая классификация.5. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма. Особенности патогенеза и патоморфологии. Дифдиагностика.6. Диагностика в условиях ОВП. 7. Тактика ВОП. ПМП и организация лечения в условиях ОВП.8. Диспансерное наблюдение и реабилитация.				1
23	Раздел 11	Общие вопросы профессиональной патологии. Профессиональные заболевания, вызванные воздействием	Общие принципы классификации, диагностики и лечения профессиональных заболеваний. 2. Критерии диагностики профессиональных заболеваний. Формулировка диагноза профессионального заболевания. Диспансеризация профбольных. 3. Клинические синдромы при острых				1

		химических факторов	нейроинтоксикациях. 4. Клинические синдромы при хронических нейроинтоксикациях. 5. Острая интоксикация металлической ртутью (клиника, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза, профилактика). 6. Хроническая интоксикация металлической ртутью (клиника, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза, профилактика). 7. Общая характеристика профессиональных заболеваний химической этиологии с преимущественным поражением системы крови (патогенетические группировки). 8. Интоксикация неорганическими соединениями свинца (клиника, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза, профилактика).				
24	Раздел 12	Болезни уха в ОВП	Актуальность темы для ВОП/СВ. 2. Особенности эпидемиологии и профилактики на современном этапе. 3. Клиническая классификация. 4. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма и др. Особенности патогенеза и патоморфологии. Диффдиагностика. 5. Диагностика в условиях ОВП. 6. Тактика ВОП. ПМП и организация лечения в условиях ОВП. 7. Показания для консультации узкого специалиста.				1
25	Раздел 12	Болезни носа в ОВП.	Актуальность темы для ВОП/СВ. 2. Особенности эпидемиологии и профилактики на современном этапе. 3. Клиническая классификация. 4. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма и др. Особенности патогенеза и патоморфологии. Диффдиагностика. 5. Диагностика в условиях ОВП. 6. Тактика ВОП. ПМП и организация лечения в условиях ОВП. 7. Показания для консультации узкого специалиста				1
26	Раздел 13	Катаракта в практике семейного врача.	1. Актуальность темы для ВОП/СВ. 2. Особенности распространенности патологии, профилактика на современном этапе. 3. Клиническая классификация. 4. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма. Особенности патогенеза и патоморфологии. Диффдиагностика. Диагностика в условиях ОВП. 6. Тактика ВОП. ПМП и организация лечения в условиях ОВП. 7. Диспансерное наблюдение и реабилитация.				1
27	Раздел 13	Глаукома в	1. Актуальность темы для ВОП/СВ. 2.				1

		практике семейного врача.	Особенности распространенности патологии, профилактика на современном этапе. 3. Клиническая классификация. 4. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма. Особенности патогенеза и патоморфологии. Диффдиагностика. Диагностика в условиях ОВП. 6. Тактика ВОП. ПМП и организация лечения в условиях ОВП. 7. Диспансерное наблюдение и реабилитация				
28	Раздел 14	Болезни и состояния кожи встречающиеся в ОВП.	Основные симптомы и синдромы.1.1. Основные элементы кожных сыпей.1.1.1. Первичные элементы. 1.1.2. Вторичные элементы. 1.2. Кожный зуд (локализованный, генерализованный). 1.3. Дермографизм.1.4. Гипергидроз, включая бромидроз и хромидроз.				1
29	Раздел 14	Сифилис. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение больных. Профилактика.	Эпидемиология, этиопатология и факторы риска развития сифилиса. Пути передачи. 2.Клиника, классификация сифилиса. 3.Диагностика сифилиса. 4.Дифференциальная диагностика. 5.Лечение сифилиса. 6.Профилактика. Скрининг.				1
Итого:				8	8	8	8

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

Тематический план семинаров

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика семинаров	Содержание семинарских занятий	Трудоемкость (час)			
				1 сем.	2 сем.	3 сем.	4 сем.
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Раздел 1	Специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина)	Раскрывается общая характеристика специальности в соответствии с действующими нормативными актами	1			
2	Раздел 1	Роль и основные задачи ОВП в ПМСП	Обсуждаются роль, место и задачи ВОП (СВ) в современной системе ПМСП	1			
3	Раздел 1	Обязанности ВОП (СВ)	Обсуждаются вопросы профессиональной характеристики и обязанностей (трудовых функций) ВОП	1			
4	Раздел 1	Содержание работы ВОП (СВ)	Ознакомление с требованиями профессионального стандарта	1			
5	Раздел 1	Основные направления деятельности ВОП (СВ)	Основные трудовые функции ВОП (СВ)	1			
6	Раздел 2	Клиническое обследование пациентов	Составляется план клинического обследования пациента в	1			

			условиях ОВП, интерпретация результатов				
7	Раздел 2	Лабораторная диагностика	Составляется план лабораторного обследования пациента в условиях ОВП, интерпретация результатов исследования	1			
8	Раздел 2	Функциональные и электрофизиологические методы диагностики и интерпретация результатов	Составляется план функциональных и электрофизиологических методов диагностики в условиях ОВП, интерпретация результатов исследования	1			
9	Раздел 2	Лучевые методы диагностики в ОВП	Составляется план лучевых методов исследования пациентов в условиях ОВП	1			
10	Раздел 2	Эндоскопические методы диагностики в ОВП	Характеризуются эндоскопические методы исследования в условиях ОВП	1			
11	Раздел 3	Основы медицинской психологии	Определения понятий "психология", "медицинская психология", "психология больного человека", "психология стареющего человека", "психология человека, прекращающего профессиональную деятельность", "психология одинокого человека", "психология подростка"; Основы семейной психологии, Жизненный цикл семьи Взаимоотношения членов семьи, включая эмоции. Насилие в семье. Воспитание ребенка в семье. Основы психогигиены, психодиагностики, психопрофилактики и психотерапии.	1			
12	Раздел 3	Взаимоотношения врача и пациента	Психология общения. Структура общения (коммуникация, интеракция, перцепция). Самопознание и саморегуляция в процессе общения. Самосознание личных сил и слабостей в работе с пациентами. Понимание эмоциональных реакций пациентов. Трансфер и контртрансфер. Психологические портреты пациентов и врачей. Основные факторы эффективных взаимоотношений врача и пациента: положительное отношение, сочувствие, искренность. Консультирование в общей врачебной практике. Био-психосоциальная подход. Модели консультирования. Методики (виды) консультирования: директивное и недирективное. Этапы проведения консультации. Наиболее частые ошибки, которые делают врачи во время проведения консультации. Проблемы, наиболее	1			

			часто встречающиеся в отношениях между врачом и пациентом. Консультирование по телефону. Сообщение плохих новостей. Процесс тяжелой утраты и связанное с этим поведение пациента. Особенности структуры консультации, связанной с утратой/несчастьем. Особенности консультирования детей и подростков, пожилых, одиноких, пациентов различных культур и вероисповеданий и др. Жалобы пациентов. Причины появления жалоб/неудовлетворенности пациентов. Предупреждение жалоб. Процедура рассмотрения жалоб				
13	Раздел 3	Этика, профессиональное поведение и личность семейного врача	Права пациента. Права врача. Информированное согласие пациента. Конфиденциальность. Донорство органов. Общение. Модели общения. Вербальное и невербальное общение. Активное выслушивание. Воздействие внешних факторов на общение.	1			
14	Раздел 4	Факторы риска заболеваний/состояний органов дыхания	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний органов дыхания	0,5			
15	Раздел 4	Диагностика заболеваний органов дыхания	Составляется план диагностики заболеваний органов дыхания в условиях ОВП	1			
16	Раздел 4	Состояния/заболевания органов дыхания встречающиеся в ОВП	Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний органов дыхания, встречающихся в ОВП	1			
17	Раздел 4	Поражения бронхолегочной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается краткая характеристика наиболее частых поражений бронхолегочной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем	1			
18	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов дыхания в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний органов дыхания в ОВП	1			
19	Раздел 4	Неотложные состояния	Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях органов дыхания и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП	1			
20	Раздел 4	Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний/состояний	Освещаются основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний/состояний	0,5			
21	Раздел 4	Диагностика сердечно-сосудистых заболеваний	Составляется план диагностики сердечно-сосудистых заболеваний в условиях ОВП	1			

22	Раздел 4	Сердечно-сосудистые состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП	Дается краткая характеристика наиболее частых сердечно-сосудистых состояний/ заболеваний, встречающихся в ОВП	1			
23	Раздел 4	Поражения сердца, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается краткая характеристика наиболее частых поражений сердца, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем	1			
24	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы в ОВП	1			
25	Раздел 4	Неотложные состояния	Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП	1			
26	Раздел 4	Факторы риска заболеваний/состояний органов пищеварения	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний органов пищеварения	0,5			
27	Раздел 4	Диагностика заболеваний органов пищеварения	Составляется план диагностики заболеваний органов пищеварения в условиях ОВП	1			
28	Раздел 4	Состояния/заболевания органов пищеварения встречающиеся в ОВП	Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний органов пищеварения, встречающихся в ОВП	1			
29	Раздел 4	Поражения пищеварительной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается краткая характеристика наиболее частых поражений пищеварительной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем	1			
30	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов пищеварения в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний органов пищеварения в ОВП	1			
31	Раздел 4	Неотложные состояния	Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях органов пищеварения и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП	1			
32	Раздел 4	Факторы риска заболеваний/состояний почек и мочевыводящих путей	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний почек и мочевыводящих путей	0,5			
33	Раздел 4	Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей	Составляется план диагностики заболеваний почек и мочевыводящих путей в условиях ОВП	1			
34	Раздел 4	Состояния/заболевания почек и мочевыводящих путей	Дается краткая характеристика наиболее частых		1,5		

		встречающиеся в ОВП	состояний/заболеваний почек и мочевыводящих путей, встречающихся в ОВП				
35	Раздел 4	Поражения почек и мочевыводящих путей, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается краткая характеристика наиболее частых поражений почек и мочевыводящих путей, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем	1			
36	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний почек и мочевыводящих путей в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний почек и мочевыводящих путей в ОВП		0,5		
37	Раздел 4	Неотложные состояния	Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях почек и мочевыводящих путей и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП		1		
38	Раздел 4	Факторы риска заболеваний/состояний крови и органов кроветворения	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний крови и органов кроветворения		0,5		
39	Раздел 4	Диагностика заболеваний крови и органов кроветворения	Составляется план диагностики заболеваний крови и органов кроветворения в условиях ОВП		1		
40	Раздел 4	Состояния/заболевания крови и органов кроветворения встречающиеся в ОВП	Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний крови и органов кроветворения, встречающихся в ОВП		1,5		
41	Раздел 4	Поражения системы кроветворения, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается краткая характеристика наиболее частых поражений крови и органов кроветворения, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем		0,5		
42	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний крови и органов кроветворения в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний крови и органов кроветворения в ОВП		0,5		
43	Раздел 4	Неотложные состояния	Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях крови и органов кроветворения и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП		1		
44	Раздел 4	Основные симптомы и синдромы поражения опорно-двигательного аппарата, включая ревматические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП	Характеризуются основные симптомы и синдромы поражения опорно-двигательного аппарата, включая ревматические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП		1		

45	Раздел 4	Основные ревматические заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику	Дается краткая характеристика наиболее частых ревматических заболеваний, встречающихся в ОВП		2		
46	Раздел 4	Основные скелетно-мышечные заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику	Дается краткая характеристика наиболее частых скелетно-мышечных заболеваний, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику, встречающихся в ОВП		1		
47	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний суставов в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний суставов в ОВП		1		
48	Раздел 7	Наблюдение за здоровым ребенком по годам	Приводится план наблюдения за здоровым ребенком по годам в условиях ОВП		9		
49	Раздел 7	Тактика ведения ребенка с фоновыми и патологическими состояниями на общеврачебном участке	Обсуждается тактика ведения ребенка с основными фоновыми и патологическими состояниями семейным врачом на общеврачебном участке		5		
50	Раздел 9	Факторы риска заболеваний/состояний нервной системы	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний нервной системы		0,5		
51	Раздел 9	Основные симптомы, синдромы и заболевания нервной системы встречающиеся в ОВП	Кратко характеризуются основные симптомы, синдромы и заболевания нервной системы встречающиеся в ОВП		0,5		
52	Раздел 9	Диагностика заболеваний/состояний нервной системы	Составляется план диагностики заболеваний/состояний нервной системы в условиях ОВП		0,5		
53	Раздел 9	Поражения нервной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается краткая характеристика наиболее частых поражений нервной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем		0,5		
54	Раздел 9	Лекарственные поражения нервной системы	Дается краткая характеристика наиболее часто встречающихся лекарственных поражений нервной системы, встречающихся в ОВП		0,5		
55	Раздел 9	Соматоформные расстройства, имитирующие неврологические заболевания	Дается краткая характеристика наиболее часто встречающихся соматоформных расстройств, имитирующие неврологические заболевания в условиях ОВП		0,5		

56	Раздел 9	Нарушения нервной системы и беременность	Составляется план ведения пациенток с нарушениями нервной системы и беременностью		0,5		
57	Раздел 9	Местное лечение – блокады местными анестетиками болевых синдромов	Обсуждаются возможности местного лечения – блокадами местными анестетиками болевых синдромов в условиях ОВП		0,5		
58	Раздел 9	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы в ОВП		0,5		
59	Раздел 9	Неотложные состояния	Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях нервной системы и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП		0,5		
60	Раздел 4	Факторы риска заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний эндокринной системы			0,5	
61	Раздел 4	Состояния/заболевания эндокринной системы и нарушений обмена веществ наиболее часто встречающиеся в ОВП	Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ, встречающихся в ОВП			2	
62	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ в ОВП			1	
63	Раздел 4	Факторы риска аллергических заболеваний/состояний	Освещаются основные факторы риска аллергических заболеваний/состояний			1	
64	Раздел 4	Аллергические состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП	Дается краткая характеристика наиболее частых аллергических состояний/заболеваний, встречающихся в ОВП			2	
65	Раздел 4	Аллергия, связанная с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается характеристика аллергии, связанной с заболеваниями/состояниями других органов и систем			1	
66	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся аллергических заболеваний в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся аллергических заболеваний в ОВП			1	
67	Раздел 5	Старение	Старение как процесс. Теории старения.			1	
68	Раздел 5	Физиология «нормального старения»	Основные характеристики физиологических изменений организма при «здоровом» старении			1	

69	Раздел 5	Общие медицинские проблемы. Состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся у пожилых в ОВП. Особенности клинических проявлений и ведения	Приводится краткая характеристика основных гериатрических синдромов			2	
70	Раздел 6	Обследование здоровых и больных женщин	Приводится план обследования здоровых и больных женщин в условиях ОВП			1	
71	Раздел 6	Менструальный цикл и его нарушения	Нормальный менструальный цикл и его нарушения. Тактика ВОП (СВ)			1	
72	Раздел 6	Репродуктивное здоровье	Профилактика репродуктивных нарушений в условиях ОВП			1	
73	Раздел 6	Акушерство	Актуальные акушерские проблемы в условиях ОВП			1	
74	Раздел 6	Гинекология	Актуальные гинекологические проблемы в условиях ОВП			1	
75	Раздел 6	Менопауза	Женщины в период менопаузы в условиях ОВП. Основные проблемы.			1	
76	Раздел 6	Продвижение здоровья и профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний у женщин	Характеризуются основные методы продвижения здоровья и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний у женщин в условиях ОВП			1	
77	Раздел 8	Факторы риска инфекционных и паразитарных заболеваний	Освещаются основные факторы риска инфекционных и паразитарных заболеваний			0,5	
78	Раздел 8	Инфекционные заболевания, наиболее часто встречающиеся в популяции и регионе в ОВП	Дается краткая характеристика наиболее частых инфекционных заболеваний, наиболее часто встречающихся в популяции и регионе, тактика ведения пациента в условиях ОВП			1	
79	Раздел 8	Особо опасные (карантинные) инфекции	Дается краткая характеристика особо опасных (карантинных) инфекций. Тактика ВОП (СВ)			1	
80	Раздел 8	Паразитарные болезни основные инфекции, наиболее часто встречающиеся в популяции и в регионе	Дается краткая характеристика наиболее частых паразитарных болезней, основных инфекций, наиболее часто встречающихся в популяции и регионе, тактика ведения пациента в условиях ОВП			1	
81	Раздел 8	Наиболее частые инфекции у больных со сниженным иммунитетом	Дается краткая характеристика наиболее частых инфекций, у пациентов со сниженным иммунитетом, тактика их ведения в условиях ОВП			1	
82	Раздел 8	Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний в ОВП			1	

83	Раздел 8	Общие вопросы туберкулеза	Приводится краткая характеристика туберкулезной инфекции			1	
84	Раздел 8	Клинические проявления туберкулеза	Основные клинические проявления туберкулеза в различные возрастные периоды			1	
85	Раздел 8	Профилактика туберкулеза в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики туберкулеза в ОВП			1	
86	Раздел 8	Туберкулез и беременность	Составляется план ведения пациенток с туберкулезом и беременностью			1	
87	Раздел 10	Нормальное психо - социальное развитие и поведение в разные возрастные периоды и их варианты	Дается характеристика нормального психо - социального развития и поведения в разные возрастные периоды и их варианты			1	
88	Раздел 10	Факторы риска психических расстройств	Освещаются основные факторы риска психических расстройств			1	
89	Раздел 10	Нарушения психического здоровья	Характеризуются основные нарушения психического здоровья			1	
90	Раздел 10	Взаимоотношения врач-пациент, включая зависимость пациента, имеющего психические расстройства и расстройства поведения от врача	Обсуждаются взаимоотношения врач-пациент, включая зависимость пациента, имеющего психические расстройства и расстройства поведения от врача.				1
91	Раздел 10	Профилактика психических расстройств и расстройств поведения	Характеризуются основные методы профилактики психических расстройств и расстройств поведения				1
92	Раздел 11	Общие вопросы профессиональной патологии	Обзорно обсуждаются общие вопросы профессиональной патологии				1
93	Раздел 11	Профессиональные заболевания	Актуальные вопросы профессиональных заболеваний в условиях ОВП				3
94	Раздел 12	Факторы риска заболеваний/состояний уха, горла, носа.	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний уха, горла, носа				1
95	Раздел 12	Состояния/заболевания уха, горла, носа встречающиеся в ОВП	Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний уха, горла, носа встречающиеся в ОВП				5
96	Раздел 12	Объемные образования шеи	Характеризуются основные объемные образования шеи, встречающиеся в ОВП. Тактика ВОП (СВ).				1
97	Раздел 12	Хирургические методы лечения/диагностики в условиях ОВП	Освещаются основные хирургические методы лечения/диагностики в условиях ОВП				1
98	Раздел 12	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний в ОВП				1

99	Раздел 13	Факторы риска заболеваний/состояний глаз	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний глаз				1
100	Раздел 13	Состояния/заболевания глаз встречающиеся в ОВП	Дается краткая характеристика состояний/заболеваний глаз, наиболее часто встречающихся в ОВП				6
101	Раздел 13	Поражения глаз, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей	Дается краткая характеристика поражений глаз, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей				1
102	Раздел 13	Лечение заболеваний/состояний глаза и его придаточного аппарата	Обсуждаются основные методы лечения заболеваний/состояний глаза и его придаточного аппарата, применяемые в условиях ОВП				1
103	Раздел 14	Факторы риска кожных заболеваний	Освещаются основные факторы риска кожных заболеваний				0,5
104	Раздел 14	Болезни и состояния кожи встречающиеся в ОВП	Дается краткая характеристика болезней и состояний кожи, встречающиеся в ОВП. Тактика ВОП (СВ)				0,5
105	Раздел 14	Консервативные методы лечения	Дается обзор консервативных методов лечения, применяемых в условиях ОВП				0,5
106	Раздел 14	Профилактика кожных болезней в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики кожных болезней в ОВП				0,5
107	Раздел 14	Факторы риска инфекций, передающихся половым путем	Освещаются основные факторы риска инфекций, передающихся половым путем				0,5
108	Раздел 14	Инфекции, передающиеся половым путем, встречающиеся в ОВП	Дается краткая характеристика инфекций, передающиеся половым путем, встречающихся в ОВП				1
109	Раздел 14	Профилактика инфекций, передающихся половым путем в ОВП	Характеризуются основные методы профилактики инфекций, передающихся половым путем в ОВП				0,5
110	Раздел 15	Методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка.	Характеризуются основные методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка				0,5
111	Раздел 15	Основные синдромы и симптомы	Кратко характеризуются основные симптомы, синдромы поражения зубов, пародонта, СОПР и языка				0,5
112	Раздел 15	Зубы	Методика написания зубной формулы				0,5
113	Раздел 15	Пародонт	Нормальное состояние пародонта. Методика осмотра				0,5
114	Раздел 15	Слизистая оболочка	Нормальное состояние СОПР. Методика осмотра				0,5

		полости рта (СОПР)					
115	Раздел 15	Объемные образования шеи	Характеризуются основные объемные образования шеи, встречающиеся в ОВП. Тактика ВОП (СВ).				0,5
116	Раздел 15	Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР	Характеризуются основные принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР				0,5
117	Раздел 15	Ортодонтия	Краткая характеристика основных зубо-челюстных аномалий, профилактика в ОВП				0,5
Итого:				32	32	32	32

Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)			
				1 сем.	2 сем.	3 сем.	4 сем.
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Раздел 1	Специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина)»	Дается характеристика специальности «ОВП/СМ»	1			
2	Раздел 1	Роль и основные задачи ОВП в ПМСП	Определяется роль ОВП в ПМСП, основные задачи ВОП (СВ)	1			
3	Раздел 1	Обязанности ВОП (СВ)	Дается характеристика основных обязанностей ВОП (СВ)	1			
4	Раздел 1	Содержание работы ВОП (СВ)	Приводится содержание работы ВОП (СВ)	1			
5	Раздел 1	Основные направления деятельности ВОП (СВ)	Дается характеристика основных направлений деятельности ВОП (СВ)	1			
6	Раздел 2	Клиническое обследование пациентов	В конкретной клинической ситуации составляется план клинического обследования пациента в условиях ОВП, интерпретация результатов	1			
7	Раздел 2	Лабораторная диагностика	В конкретной клинической ситуации составляется план лабораторного обследования пациента в условиях ОВП, проводится интерпретация результатов исследования	1			
8	Раздел 2	Функциональные и электрофизиологические методы диагностики и интерпретация результатов	В конкретной клинической ситуации составляется план функциональных и электрофизиологических методов диагностики в условиях ОВП, проводится интерпретация результатов исследования	1			
9	Раздел 2	Лучевые методы диагностики в ОВП	В конкретной клинической ситуации составляется план лучевых методов исследования пациентов в условиях ОВП, проводится	1			

			интерпретация результатов исследования				
10	Раздел 2	Эндоскопические методы диагностики в ОВП	В конкретной клинической ситуации составляется план эндоскопических методов исследования пациентов в условиях ОВП, проводится интерпретация результатов исследования	1			
11	Раздел 3	Основы медицинской психологии	Использование основ медицинской психологии в решении проблем пациента на приеме у ВОП (СВ)	1			
12	Раздел 3	Взаимоотношения врача и пациента	Моделирование партнерских отношений врача и пациента в конкретной клинической ситуации	1			
13	Раздел 3	Этика, профессиональное поведение и личность семейного врача	Обсуждаются вопросы этики, профессионального поведения и личности семейного врача в конкретной клинической ситуации	1			
14	Раздел 4	Факторы риска заболеваний/ состояний органов дыхания	Выделяются факторы риска заболеваний/состояний органов дыхания у пациента в конкретной клинической ситуации	0,5			
15	Раздел 4	Диагностика заболеваний органов дыхания	Составляется план диагностики заболеваний органов дыхания в условиях ОВП конкретной клинической ситуации	1			
16	Раздел 4	Состояния/заболевания органов дыхания встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний органов дыхания, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
17	Раздел 4	Поражения бронхолегочной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается характеристика наиболее частых поражений бронхолегочной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем в конкретной клинической ситуации	1			
18	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов дыхания в ОВП	Составляется план профилактики заболеваний органов дыхания в ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
19	Раздел 4	Неотложные состояния	Составляется план оказания неотложной помощи в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
20	Раздел 4	Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний/состояний	Выделяются основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний/состояний в конкретной клинической ситуации	0,5			
21	Раздел 4	Диагностика сердечно-сосудистых заболеваний	Составляется план диагностики сердечно-сосудистых заболеваний в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации	1			

22	Раздел 4	Сердечно-сосудистые состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП	Дается краткая характеристика наиболее частых сердечно-сосудистых состояний/заболеваний, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
23	Раздел 4	Поражения сердца, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается характеристика наиболее частых поражений бронхолегочной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем в конкретной клинической ситуации	1			
24	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы в ОВП	Составляется план профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы в ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
25	Раздел 4	Неотложные состояния	Составляется план оказания неотложной помощи в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
26	Раздел 4	Факторы риска заболеваний/состояний органов пищеварения	Выделяются основные факторы риска заболеваний/состояний органов пищеварения в конкретной клинической ситуации	0,5			
27	Раздел 4	Диагностика заболеваний органов пищеварения	Составляется план диагностики заболеваний органов пищеварения в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
28	Раздел 4	Состояния/заболевания органов пищеварения встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний органов пищеварения, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
29	Раздел 4	Поражения пищеварительной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается характеристика наиболее частых поражений пищеварительной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем в конкретной клинической ситуации	1			
30	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов пищеварения в ОВП	Составляется план профилактики заболеваний органов пищеварения в ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
31	Раздел 4	Неотложные состояния	Составляется план оказания неотложной помощи в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
32	Раздел 4	Факторы риска заболеваний/состояний почек и мочевыводящих путей	Выделяются основные факторы риска заболеваний/состояний почек и мочевыводящих путей в конкретной клинической ситуации	0,5			

33	Раздел 4	Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей	Составляется план диагностики заболеваний почек и мочевыводящих путей в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
34	Раздел 4	Состояния/заболевания почек и мочевыводящих путей встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний почек и мочевыводящих путей, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации	1			
35	Раздел 4	Состояния/заболевания почек и мочевыводящих путей встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний почек и мочевыводящих путей, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации		0,5		
36	Раздел 4	Поражения почек и мочевыводящих путей, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается характеристика наиболее частых поражений почек и мочевыводящих путей, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем в конкретной клинической ситуации		1		
37	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний почек и мочевыводящих путей в ОВП	Составляется план профилактики заболеваний почек и мочевыводящих путей в ОВП в конкретной клинической ситуации		0,5		
38	Раздел 4	Неотложные состояния	Составляется план оказания неотложной помощи в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации		1		
39	Раздел 4	Факторы риска заболеваний/состояний крови и органов кроветворения	Выделяются основные факторы риска заболеваний/состояний крови и органов кроветворения в конкретной клинической ситуации		0,5		
40	Раздел 4	Диагностика заболеваний крови и органов кроветворения	Составляется план диагностики заболеваний крови и органов кроветворения в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации		1		
41	Раздел 4	Состояния/заболевания крови и органов кроветворения встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний крови и органов кроветворения, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации		1,5		
42	Раздел 4	Поражения системы кроветворения, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний крови и органов кроветворения, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации		0,5		
43	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся	Составляется план профилактики заболеваний крови и органов кроветворения в ОВП в конкретной клинической ситуации		0,5		

		заболеваний крови и органов кроветворения в ОВП					
44	Раздел 4	Неотложные состояния	Составляется план оказания неотложной помощи в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации		1		
45	Раздел 4	Основные симптомы и синдромы поражения опорно-двигательного аппарата, включая ревматические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП	Характеризуются основные симптомы и синдромы поражения опорно-двигательного аппарата, включая ревматические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП в конкретной клинической ситуации		1		
46	Раздел 4	Основные ревматические заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику	Дается характеристика наиболее частых ревматических заболеваний, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации		3		
47	Раздел 4	Основные скелетно-мышечные заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику	Дается краткая характеристика наиболее частых скелетно-мышечных заболеваний, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику, встречающихся в ОВП, в конкретной клинической ситуации		1		
48	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний суставов в ОВП	Составляется план профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний суставов в ОВП в конкретной клинической ситуации		1		
49	Раздел 9	Факторы риска заболеваний/состояний нервной системы	Выделяются основные факторы риска заболеваний/состояний нервной системы в конкретной клинической ситуации		0,5		
50	Раздел 9	Основные симптомы, синдромы и заболевания нервной системы встречающиеся в ОВП	Характеризуются основные симптомы, синдромы и заболевания нервной системы, встречающиеся в ОВП, в конкретной клинической ситуации		0,5		
51	Раздел 9	Диагностика заболеваний/состояний нервной системы	Составляется план диагностики заболеваний/состояний нервной системы в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации		0,5		
52	Раздел 9	Поражения нервной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других	Дается характеристика наиболее частых поражений нервной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов		0,5		

		органов и систем	и систем в ОВП в конкретной клинической ситуации				
53	Раздел 9	Лекарственные поражения нервной системы	Дается характеристика наиболее часто встречающихся лекарственных поражений нервной системы, встречающихся в ОВП, в конкретной клинической ситуации		0,2 5		
54	Раздел 9	Соматоформные расстройства, имитирующие неврологические заболевания	Дается краткая характеристика наиболее часто встречающихся соматоформных расстройств, имитирующие неврологические заболевания в условиях ОВП, в конкретной клинической ситуации		0,2 5		
55	Раздел 9	Нарушения нервной системы и беременность	Составляется план ведения пациентов с нарушениями нервной системы и беременностью в конкретной клинической ситуации		0,5		
56	Раздел 9	Местное лечение – блокады местными анестетиками болевых синдромов	Обсуждаются возможности местного лечения – блокадами местными анестетиками болевых синдромов в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации		0,2 5		
57	Раздел 9	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы в ОВП	Составляется план профилактики заболеваний наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы в ОВП в конкретной клинической ситуации		0,2 5		
58	Раздел 9	Неотложные состояния	Составляется план оказания неотложной помощи в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации		0,5		
59	Раздел 7	Наблюдение за здоровым ребенком по годам	Составляется план наблюдения за здоровым ребенком по годам в условиях ОВП в конкретных клинических ситуациях		10		
60	Раздел 7	Тактика ведения ребенка с фоновыми и патологическими состояниями на общеврачебном участке	Обсуждается тактика ведения ребенка с основными фоновыми и патологическими состояниями семейным врачом на общеврачебном участке в конкретных клинических ситуациях		4		
61	Раздел 4	Факторы риска заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ	Выделяются основные факторы риска заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ в конкретной клинической ситуации			0,5	
62	Раздел 4	Состояния/заболевания эндокринной системы и нарушений обмена веществ наиболее часто встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации			4	

63	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ в ОВП	Составляется план профилактики заболеваний наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ в ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
64	Раздел 4	Факторы риска аллергических заболеваний/состояний	Выделяются основные факторы риска аллергических заболеваний/состояний в конкретной клинической ситуации			1	
65	Раздел 4	Аллергические состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации			3	
66	Раздел 4	Аллергия, связанная с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Дается характеристика аллергии, связанной с заболеваниями/состояниями других органов и систем в ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
67	Раздел 4	Профилактика наиболее часто встречающихся аллергических заболеваний в ОВП	Составляется план профилактики аллергических заболеваний наиболее часто встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
68	Раздел 5	Старение	Старение как процесс. Теории старения.			1	
69	Раздел 5	Физиология «нормального старения»	Старческая астения. Методы выявления.			1	
70	Раздел 5	Общие медицинские проблемы. Состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся у пожилых в ОВП. Особенности клинических проявлений и ведения	Выявление основных гериатрических синдромов в ОВП в конкретной клинической ситуации			2	
71	Раздел 6	Обследование здоровых и больных женщин	Отрабатываются методы обследования здоровых и больных женщин в условиях ОВП в конкретных ситуациях			1	
72	Раздел 6	Менструальный цикл и его нарушения	Тактика ведения женщин с нарушением менструального цикла в условиях ОВП.			1	
73	Раздел 6	Репродуктивное здоровье	Профилактика репродуктивных нарушений в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
74	Раздел 6	Акушерство	Актуальные акушерские проблемы в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации			1	

75	Раздел 6	Гинекология	Актуальные гинекологические проблемы в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
76	Раздел 6	Менопауза	Выявление основных проблем женщин в период менопаузы в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации.			1	
77	Раздел 6	Продвижение здоровья и профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний у женщин	Составляется план профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний у женщин в ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
78	Раздел 8	Факторы риска инфекционных и паразитарных заболеваний	Выделяются основные факторы риска инфекционных и паразитарных заболеваний в конкретной клинической ситуации			0,5	
79	Раздел 8	Инфекционные заболевания, наиболее часто встречающиеся в популяции и регионе в ОВП	Дается характеристика наиболее частых инфекционных заболеваний, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
80	Раздел 8	Особо опасные (карантинные) инфекции	Дается характеристика особо опасных (карантинных) инфекций, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
81	Раздел 8	Паразитарные болезни основные инфекции, наиболее часто встречающиеся в популяции и в регионе	Дается характеристика наиболее частых паразитарных болезней, основных инфекций, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
82	Раздел 8	Наиболее частые инфекции у больных со сниженным иммунитетом	Дается характеристика наиболее частых инфекции у больных со сниженным иммунитетом в ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
83	Раздел 8	Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в ОВП	Составляется план профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний наиболее часто встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
84	Раздел 8	Общие вопросы туберкулеза	Обсуждаются общие вопросы туберкулеза применительно к участку ВОП (СВ)			1	
85	Раздел 8	Клинические проявления туберкулеза	Дается характеристика основных клинических проявлений туберкулеза в различные возрастные периоды в конкретной клинической ситуации			1	
86	Раздел 8	Профилактика туберкулеза в ОВП	Составляется план профилактики туберкулеза в ОВП в конкретной клинической ситуации			1	
87	Раздел 8	Туберкулез и беременность	Составляется план ведения пациенток с туберкулезом и			1	

			беременностью в конкретной клинической ситуации				
88	Раздел 10	Нормальное психо-социальное развитие и поведение в разные возрастные периоды и их варианты	Обсуждается нормальное психо-социальное развитие и поведение в разные возрастные периоды и их варианты в конкретной клинической ситуации				0,5
89	Раздел 10	Факторы риска психических расстройств	Выделяются основные факторы риска психических расстройств в конкретной клинической ситуации				0,5
90	Раздел 10	Нарушения психического здоровья	Дается характеристика основных нарушений психического здоровья в конкретной клинической ситуации				1
91	Раздел 10	Взаимоотношения врач-пациент, включая зависимость пациента, имеющего психические расстройства и расстройства поведения от врача	Обсуждаются взаимоотношения врач-пациент, включая зависимость пациента, имеющего психические расстройства и расстройства поведения от врача в конкретной клинической ситуации.				1
92	Раздел 10	Профилактика психических расстройств и расстройств поведения	Составляется план профилактики психических расстройств и расстройств поведения в ОВП в конкретной клинической ситуации				0,5
93	Раздел 11	Общие вопросы профессиональной патологии	Разбираются общие вопросы профессиональной патологии на примере конкретной клинической ситуации				1
94	Раздел 11	Профессиональные заболевания	Разбираются вопросы профессиональных заболеваний в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации				2
95	Раздел 12	Факторы риска заболеваний/состояний уха, горла, носа.	Выделяются основные факторы риска заболеваний/состояний уха, горла, носа в конкретной клинической ситуации				0,5
96	Раздел 12	Состояния/заболевания уха, горла, носа встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний уха, горла, носа, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации				7
97	Раздел 12	Состояния/заболевания уха, горла, носа встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний уха, горла, носа, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации				0,5
98	Раздел 12	Объемные образования шеи	Дается характеристика наиболее частых объемных образований шеи, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации				0,5
99	Раздел 12	Хирургические методы	Демонстрируются основные хирургические методы				0,5

		лечения/диагностики в условиях ОВП	лечения/диагностики в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации				
100	Раздел 12	Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний в ОВП	Составляется план профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний в ОВП в конкретной клинической ситуации				0,5
101	Раздел 13	Факторы риска заболеваний/состояний глаз	Выделяются основные факторы риска заболеваний/состояний глаз в конкретной клинической ситуации				0,5
102	Раздел 13	Состояния/заболевания глаз встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний глаз, встречающиеся в ОВП, в конкретной клинической ситуации				4
103	Раздел 13	Поражения глаз, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей	Дается характеристика поражений глаз, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей, встречающиеся в ОВП, в конкретной клинической ситуации				1
104	Раздел 13	Лечение заболеваний/состояний глаза и его придаточного аппарата	Назначаются основные методы лечения заболеваний/состояний глаза и его придаточного аппарата, применяемые в условиях ОВП в конкретных клинических ситуациях				4
105	Раздел 14	Факторы риска кожных заболеваний	Выделяются основные факторы риска кожных заболеваний в конкретной клинической ситуации				0,2 5
106	Раздел 14	Болезни и состояния кожи встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых болезней и состояний кожи, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации				0,5
107	Раздел 14	Консервативные методы лечения	Назначаются консервативные методы лечения, применяемых в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации				0,5
108	Раздел 14	Профилактика кожных болезней в ОВП	Составляется план профилактики кожных болезней в ОВП в конкретной клинической ситуации				0,2 5
109	Раздел 14	Факторы риска инфекций, передающихся половым путем	Выделяются основные факторы риска инфекций, передающихся половым путем в конкретной клинической ситуации				0,5
110	Раздел 14	Инфекции, передающиеся половым путем, встречающиеся в ОВП	Дается характеристика наиболее частых инфекций, передающиеся половым путем, встречающихся в ОВП, в конкретной клинической ситуации				0,5

111	Раздел 14	Профилактика инфекций, передающихся половым путем в ОВП	Составляется план профилактики инфекций, передающихся половым путем в ОВП в конкретной клинической ситуации				0,5
112	Раздел 15	Методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка.	Демонстрируются методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка				0,2 5
113	Раздел 15	Основные синдромы и симптомы	Характеризуются основные симптомы, синдромы поражения зубов, пародонта, СОПР и языка в конкретной клинической ситуации				1
114	Раздел 15	Зубы	Написание зубной формулы				0,5
115	Раздел 15	Пародонт	Демонстрируются методика осмотра пародонта				0,5
116	Раздел 15	Слизистая оболочка полости рта (СОПР)	Демонстрируются методика осмотра СОПР				0,5
117	Раздел 15	Объемные образования шеи	Характеризуются основные объемные образования шеи, встречающиеся в ОВП в конкретной клинической ситуации.				0,2 5
118	Раздел 15	Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР	Составляется план профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР в ОВП в конкретной клинической ситуации				0,2 5
119	Раздел 15	Ортодонтия	Характеризуются основные зубочелюстных аномалии, их профилактика в ОВП в конкретной клинической ситуации				0,2 5
Итого:				32	32	32	32

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	1	Основы общей врачебной практики (семейной медицины)	Работа с контрольными вопросами и тестовыми заданиями по теме	24
2		Диагностика в ОВП	Клинические кейсы. Учебная МКАП	12 12
3		Медицинская психология в ОВП	Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме Учебная МКАП	12 12
4		Внутренние болезни в ОВП	Клинические кейсы. Учебная МКАП	60 12
Итого часов в семестре:				144
5	2	Внутренние болезни в ОВП	Клинические кейсы. Учебная МКАП	16 36
6		Болезни нервной системы в	Клинические кейсы.	24

		ОВП		
7		Болезни детей и подростков в ОВП	Клинические кейсы Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме	32 36
Итого часов в семестре:				144
8	3	Внутренние болезни в ОВП	Учебная МКАП Презентация разбора клинического случая	16 20
9		Болезни пожилых в ОВП	Учебная МКАП	20
10		Акушерство и гинекология в ОВП	Презентация разбора клинического случая	38
11		Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП	Презентация разбора клинического случая Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме	7 31
12		Пациент с нарушением психики в ОВП	Презентация разбора клинического случая Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме	7 5
Итого часов в семестре:				144
13	4	Пациент с нарушением психики в ОВП	Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме	8
14		Профессиональные болезни в ОВП	Клинические кейсы Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме	14 6
15		Болезни уха, горла и носа в ОВП	Учебная МКАП Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме	36 2
16		Болезни глаз в ОВП	Клинические кейсы	38
17		Болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем в ОВП	Клинические кейсы	20
18		Болезни зубов, слизистой оболочки полости рта и языка в ОВП	Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме	20
Итого часов в семестре:				144
Всего часов на самостоятельную работу:				576

3.7. Лабораторный практикум – не предусмотрен учебным планом

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ – не предусмотрены учебным планом

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

1. Раннее выявление и дифференциальная диагностика туберкулеза у детей и подростков. Учебное пособие. Е.Ю. Вычугжанина, М.С. Григорович. Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2006.

2. Болезни уха, горла и носа в практике семейного врача: Храбриков А.Н., Подшивалов М.Н., Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2008.

3. Болезни глаз в практике семейного врача: учебное пособие для слушателей института последипломного образования (врачей общей практики /семейных врачей). Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю., Абрамова Т.В., Кудрявцева Ю.В., Рудакова Е.В. Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2009.

5. Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике семейного врача. Рысева Л.Л., Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю., Дудырева Э.В., Рудакова Е.В. Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2009.

6. Акушерство и гинекология в практике семейного врача: Учебное пособие для клинических ординаторов и врачей общей практики по специальности «Общая врачебная практика/семейная медицина» /сост. М.С. Григорович, Е.Ю. Вычугжанина, С.В. Хлыбова, Л.Б. Садырина, Н.Г. Муратова, Е.В. Рудакова – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2011.- 115с.

7. Профилактика артериальной гипертензии в работе команды первичной медико-санитарной помощи: учебно-методическое пособие для врачей первичного звена здравоохранения в 2 частях /сост.: Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю., Кочкин Д.В. – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2012, часть I. – 91с.

8. Профилактика артериальной гипертензии в работе команды первичной медико-санитарной помощи: учебно-методическое пособие для врачей первичного звена здравоохранения в 2 частях /сост.: Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю., Кочкин Д.В. – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2012, часть II. – 100с.

9. Профилактика туберкулеза в общей врачебной практике. Учебное пособие. Е.Ю. Вычугжанина, М.С. Григорович. Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2007.

11. Последипломная подготовка врача общей практики по акушерству и гинекологии на кафедре семейной медицины. Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю., Хлыбова С.В. Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2008.

12. Последипломная подготовка врача общей практики на кафедре семейной медицины. Организационно-правовые и медико-профилактические аспекты ОВП/СМ. М.С. Григорович, Е.Ю. Вычугжанина, С.А. Куковякин, С.Ф. Гуляева. Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2008.

13. Болезни детей и подростков в практике семейного врача. М.С. Григорович, Е.Ю. Вычугжанина, Е.В. Рудакова. Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2008.

14. Состояние здоровья и качество жизни женщин в период перименопаузы: Учебное пособие для слушателей института последипломного образования (врачей общей практики/семейных врачей) /сост. Хлыбова С.В., Чеботаева Г.Н., Вычугжанина Е.Ю., Григорович М.С. – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2011. - 95 с.

15. Методы диагностики и лечения заболеваний органов дыхания в общеврачебной практике: Учебное пособие для ординаторов специальности общая врачебная практика (семейная медицина)/Сост. Вычугжанина Е.Ю., Частоедова И.А., Григорович М.С., Торкунова Т.Г. – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2012- 96с.

16. Последипломная подготовка врача общей практики на кафедре семейной медицины. Внутренние болезни. Часть I. Болезни органов дыхания. Болезни сердца и сосудов. С.Ф. Гуляева, М.С. Григорович, Е.Ю. Вычугжанина, Е.В. Рудакова. Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2009.

17. Последипломная подготовка врача общей практики на кафедре семейной медицины. Внутренние болезни. Часть II. Гастроэнтерология и урология. С.Ф. Гуляева, М.С. Григорович, Е.Ю. Вычугжанина, Е.В. Рудакова. Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2009.

4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Семейная медицина. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017	10	-
2.	Клиническая фармакология: нац. руководство	ред. Ю. Б. Белоусов [и др.].	М., 2012.	4	+

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ.	М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.	7	+
2.	Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача	Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю.	Гэотар, 2017. http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html		+
3	Акушерство [Комплект]: национальное руководство	ред. Э. К. Айламазян [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.	2	+
4	Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство	под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html		+
5	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html	2	+
6	Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN978		+

		Скворцовой, А.Б. Гехт.	5970436202.html		
7	Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс]	под ред. В.Т. Пальчуна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html		+
8	Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетьова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html	1	+
9	Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	под ред. А. Г. Чучалина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.rosmedlib.ru		+
10	Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание	под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html		+
11	Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4-х томах. Основы геронтологии. Общая гериатрия [Электронный ресурс]	Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010		+

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

1. Образовательный портал ФГБОУ ВО Кировский ГМУ <http://student.kirovgma.ru/> Доступ к личному кабинету выполняется по логину и паролю, полученному на кафедре.
2. Стандарты оказания медицинской помощи представлены на сайте medkirov.ru в разделе нормативные документы.
3. Сайт Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации <http://gpfm.ru>
4. Сайт ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ <http://www.rmapo.ru/>
5. Сайт Российского респираторного общества <http://www.pulmonology.ru/> , spulmo.ru
6. Сайт Центрального НИИ гастроэнтерологии <http://nii-gastro.ru/>
7. Сайт Российского Геронтологического Научно-клинического центра: <http://www.niigeront.org>
8. Сайт Института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН: <http://gerontology.ru>
9. Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>
10. Журнал Эпидемиология и инфекционные болезни <http://www.prosmi.ru/catalog/904>
11. Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <http://reumatolog.ru/>
12. Сайт Научного центра психического здоровья РАМН <http://www.psychiatry.ru/stat/49>
13. Сайт Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова <http://www.ncagip.ru/contacts/>

14. Сайт Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора <http://www.crie.ru/>
15. Сайт НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru/>
16. Сайт НИИ урологии МЗ РФ uroline.nmicr.ru <http://uro.ru/>,
17. Сайт Научного центра неврологии РАМН <http://www.neurology.ru/contacts/>
18. Сайт Научного центра здоровья детей РАМН <http://www.nczd.ru/>
19. Сайт Эндокринологического научного центр РАМН МЗ РФ <http://www.endocrincentr.ru/>
20. Сайт Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца <http://www.helmholtzeinstitute.ru/>
21. Сайт Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л.И. Свержевского <http://mnrco.ru>
22. Сайт Российского кардиологического общества <http://www.scardio.ru>
23. Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>
24. Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины. <http://www.osdm.org/index.php>
25. Московский центр доказательной медицины. <http://evbmed.fbm.msu.ru/>
26. Сайт «Формулярная система России». <http://www.formular.ru>
27. Сайт Национального научного общества инфекционистов:// www.nnoi.ru
28. Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики в медицине www.rasfd.com
29. Всемирная организация семейных врачей (WONCA) <http://www.globalfamilydoctor.com/>
30. The Cochrane Collaboration - Международное Кокрановское сотрудничество (<http://www.cochrane.org>)
31. Универсальная система PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>)
32. Администрация по продуктам и лекарствам США (FDA). <http://www.fda.gov>
33. Ведение пациентов со старческой астенией в первичном звене здравоохранения: учебное пособие / О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская и др. М.: ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова МЗ РФ, 2016. – 56с. http://rgnkc.ru/images/metod_materials/asteniya.pdf

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

Для осуществления образовательного процесса могут использоваться: видеозаписи лекций ведущих специалистов по разделам дисциплины.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685В-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),

10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, хирургический, микрохирургический инструментарий, набор реанимационный, аппарат для диагностики функций внешнего дыхания, штатив для длительных инфузионных вливаний, спирограф, пульсоксиметр, анализатор уровня сахара крови портативный с тест-полосками, экспресс-анализатор уровня холестерина в крови портативный, экспресс-анализатор кардиомаркеров портативный, роторасширитель одноразовый, языкодержатель, динамометр ручной и плоскопружинный, спирометр, измеритель пиковой скорости выдоха (пикфлоуметр) со сменными мундштуками, таблицы для исследования цветоощущения, диагностический набор для офтальмоскопии и оториноскопии с ушными воронками разных размеров, негатоскоп, набор линз для подбора очков, аппарат для определения полей зрения (периметр), тонометр транспальпебральный для измерения внутриглазного давления, тест-система для экспресс-диагностики различных антигенов, угломер, лупа обыкновенная, лупа налобная бинокулярная, световод-карандаш (фонарик) для осмотра зева, алкотестер, зеркало влагалитное, стетоскоп акушерский, прибор для выслушивания сердцебиения плода, тазомер, центрифуга лабораторная, секундомер, предметные стекла, покровные стекла, скарификатор одноразовый, лампа щелевая для осмотра глаза, камертон медицинский, гемоглобинометр, аппарат магнитотерапевтический малогабаритный для применения в амбулаторных и домашних условиях, устройство для теплового лечения придаточных пазух носа и гортани в амбулаторных и домашних условиях, аппарат для лечения интерференционными и диадинамическими токами, аппарат для УВЧ (ДМВ) - терапии, облучатель ультрафиолетовый, гелиотерапевтический, ингалятор ультразвуковой, небулайзер, отсасыватель ручной/ножной/электрический, жгут резиновый кровоостанавливающий, набор для коникотомии одноразовый, скальпель одноразовый стерильный, дефибриллятор-монитор автоматический портативный, установка для

подачи кислорода портативная, щипцы гортанные для извлечения инородных тел) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

- 619, 621 кабинет кафедры семейной медицины 3-го учебного корпуса Кировского ГМУ;
- КОГБУЗ №9 (ул. Дерендяева,97; ул. Мостовицкая/Чистопрудненская 6/3, ул. Некрасова

ба);

- клиника Кировского ГМУ (ул. Щорса 64).

Медицинское оборудование (для отработки практических навыков):

тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузomat, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, хирургический, микрохирургический инструментарий, набор реанимационный, аппарат для диагностики функций внешнего дыхания, штатив для длительных инфузионных вливаний, спирограф, пульсоксиметр, анализатор уровня сахара крови портативный с тест-полосками, экспресс-анализатор уровня холестерина в крови портативный, экспресс-анализатор кардиомаркеров портативный, роторасширитель одноразовый, языкодержатель, динамометр ручной и плоскопружинный, спирометр, измеритель пиковой скорости выдоха (пикфлоуметр) со сменными мундштуками, таблицы для исследования цветоощущения, диагностический набор для офтальмоскопии и оториноскопии с ушными воронками разных размеров, негатоскоп, набор линз для подбора очков, аппарат для определения полей зрения (периметр), тонометр транспальпебральный для измерения внутриглазного давления, тест-система для экспресс-диагностики различных антигенов, угломер, лупа обыкновенная, лупа налобная бинокулярная, световод-карандаш (фонарик) для осмотра зева, алкотестер, зеркало влагалищное, стетоскоп акушерский, прибор для выслушивания сердцебиения плода, тазомер, центрифуга лабораторная, секундомер, предметные стекла, покровные стекла, скарификатор одноразовый, лампа щелевая для осмотра глаза, камертон медицинский, гемоглобинометр, аппарат магнитотерапевтический малогабаритный для применения в амбулаторных и домашних условиях, устройство для теплового лечения придаточных пазух носа и гортани в амбулаторных и домашних условиях, аппарат для лечения интерференционными и диадинамическими токами, аппарат для УВЧ (ДМВ) - терапии, облучатель ультрафиолетовый, гелиотерапевтический, ингалятор ультразвуковой, небулайзер, отсасыватель ручной/ножной/электрический, жгут резиновый кровоостанавливающий, набор для коникотомии одноразовый, скальпель одноразовый стерильный, дефибриллятор-монитор автоматический портативный, установка для подачи кислорода портативная, щипцы гортанные для извлечения инородных тел.

Оборудование находится на базе кафедры, а также на клинических базах.

Тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи

Муляжи на кафедре: муляж уха, глаза, зубов. Муляж ребенка, пожилого человека, подавившегося косточкой.

Муляжи в Центре аккредитации и симуляционного обучения Кировского ГМУ:

- манекен взрослого пациента для СЛР, автоматический наружный дефибриллятор;
- многофункциональный робот-симулятор (модель взрослого пациента), позволяющий оценить состояние, выделить ведущие синдромы и оказать медицинскую помощь, в комплекте с оборудованием для проведения общемедицинских диагностических и лечебных вмешательств;
- манекен с возможностью имитации аускультативной картины различных заболеваний сердца и легких, с функцией пальпации верхушечного толчка, визуализации вен шеи и пульсации центральных и периферических артерий, синхронизированных с сердечными фазами или симулятор для аускультации сердца и легких с синхронизацией показателей артериального давления и пульсации сосудов;
- полноростовой тренажер для обучения навыкам ухода со сгибающимися конечностями;
- тренажер для диагностики заболеваний молочной железы (включая регионарные лимфатические узлы) с набором патологий.

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических/семинарских занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на приобретение компетенций по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: «Организация общей врачебной практики», «Роль и основные задачи ОВП в ПМСП. Основные обязанности ВОП» и других. На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к экзамену, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: «Инфекции мочевых путей», «Проблемы гериатрии в общей врачебной практике» и другие.

Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области общей врачебной практики (семейной медицины).

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по темам «Функциональные и электрофизиологические методы диагностики и интерпретация результатов», «Лучевые методы диагностики в ОВП» и др.;
- семинар-дискуссия по теме «Профилактика туберкулеза в ОВП»;
- конференция по теме «Инфекционные заболевания, наиболее часто встречающиеся в популяции и в регионе в ОВП»;
- учебно-ролевая игра по теме «Неотложные состояния».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и включает подготовку к занятиям, написание работы по организации общей врачебной практики на будущем рабочем месте ординатора с характеристикой организационно-функциональной модели общей практики, а также подготовку к текущему контролю, составление презентаций с клиническим разбором пациентов из реальной клинической практики, кейсовых заданий, работу с клиническими рекомендациями, протоколами, стандартами и др. литературными источниками по теме занятия.

Работа с учебной литературой (национальные и клинические руководства по разделам специальности) и рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с пациентами, оформляют амбулаторные карты и другую документацию ВОП(СВ), презентации с клиническими ситуациями и представляют их на занятиях. Выполнение данных видов работ способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с пациентом с учетом этико-деонтологических принципов и психологических особенностей личности. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме решения тестовых заданий, ситуационных задач, разработки клинических кейсов, написания учебной МКАП.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, решения ситуационных задач, собеседования.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по

источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесобразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является экзамен. На экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

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

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Приложение А к рабочей программе дисциплины

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины
«ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»**

Специальность 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

РАЗДЕЛ «Основы общей врачебной практики (семейной медицины)»

Раздел 1. Определения специальности - «общая врачебная практика (семейная медицина)» и специалиста - «врач общей практики (семейный врач)». Введение в специальность.

Темы: 1. «Специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина)»;
2.«Роль и основные задачи ОВП в ПМСП»;
3. «Обязанности ВОП (СВ)» ;
4.«Содержание работы ВОП (СВ)»;
5.«Основные направления деятельности ВОП (СВ)».

Цель: к концу обучения модуля «Основы общей врачебной практики (семейной медицины)» обучающиеся должны приобрести знания, навыки и отношения, которые позволят им развить качественную клиническую практику в ОВП.

Задачи:

1. Знать историю и перспективы развития ОВП (СМ) в России и за рубежом.
2. Изучить определение специальности, основные характеристики и задачи ОВП.
3. Знать определение врача-специалиста и основные компетенции ВОП (СВ).
4. Изучить обязанности ВОП (СВ) для обеспечения качественной клинической практики в ОВП.
5. Уметь работать с семьей.
6. Уметь оказывать паллиативную помощь пациентам.
7. Изучить проведение профилактических мероприятий обслуживаемому населению

Обучающийся должен знать:

1. Реформы в управлении и финансировании здравоохранения
 - 1.1. Основные направления реформирования
 - 1.2. Реформа ПМСП
2. Законы и нормативные документы, регулирующие профессиональную деятельность ВОП(СВ) и ОВП
 3. Правовые основы деятельности ОВП и ВОП(СВ)
 - 3.1. Основы трудового законодательства
 - 3.1.1. Трудовой договор/контракт
 - 3.1.2. Функциональные обязанности ВОП(СВ) и штата ОВП
 - 3.1.3. Охрана труда в ОВП
 - 3.2. Юридическая ответственность, связанная с деятельностью ОВП
 - 3.2.1. Гражданско-правовая ответственность
 - 3.2.2. Уголовная ответственность
 - 3.2.3. Ответственность по административному и трудовому праву
 4. Организация ПМСП по принципу семейного врача
 - 4.1. ОВП в структуре государственной и негосударственной системы ПМСП
 - 4.2. Этапы организации ОВП
 - 4.3. Организационные модели ОВП, особенности сельской ОВП
 - 4.4. Организационно-правовые формы ОВП (центр ОВП, отделение ОВП)
 - 4.5. Медицинские организации, в которых ВОП(СВ) осуществляет свою деятельность
 - 4.6. Обучающие ОВП
 - 4.7. Аккредитация и лицензирование ОВП

- 4.8. Взаимодействие ОВП и ВОП(СВ) с:
 - 4.8.1. лечебно-профилактическими учреждениями (круглосуточными стационарами, диспансерами, консультативно-диагностическими центрами и др.)
 - 4.8.2. организациями санитарно-эпидемиологической службы,
 - 4.8.3. экологическим и этическим комитетами
 - 4.8.4. страховыми компаниями
 - 4.8.5. органами социальной защиты
 - 4.8.6. вышестоящими организациями и муниципальными органами власти
- 5. Организация офиса и рабочего места ВОП(СВ)
 - 5.1. Требования к помещению
 - 5.2. Штат
 - 5.3. Оснащение
 - 5.4. Лекарственное обеспечение
 - 5.5. Информационные технологии в ОВП
 - 5.5.1. АРМ ВОП и локальная компьютерная сеть
 - 5.5.2. Интернет, телемедицина и видеоконференции
 - 5.6. Техника безопасности в ОВП
- 6. Организация оказания медицинской помощи в ОВП – основные направления деятельности
 - 6.1. Организация лечебно-диагностического процесса и профилактических мероприятий
 - 6.1.1. Планирование работы
 - 6.1.2. Организация работы медицинской сестры и взаимодействие со специалистами
 - 6.1.3. Организация маршрута пациента
 - 6.1.4. Работа в школе и детских дошкольных учреждениях
 - 6.1.5. Работа с подростками и подготовка юношей к службе в армии
 - 6.2. Организации оказания помощи обслуживаемому населению
 - 6.2.1. Организация приема в офисе и на дому
 - 6.2.2. Организация стационарзамещающих форм (дневного стационара и стационара на дому)
 - 6.2.3. Организация неотложной помощи
 - 6.2.4. Организация госпитализации
 - 6.2.5. Организация работы на участке
 - 6.3. Диспансеризация здоровых и больных пациентов в ОВП
 - 6.4. Пропаганда медицинских знаний и здорового образа жизни
 - 6.5. Совместная работа с органами социального обеспечения и службами милосердия
- 7. Совместная работа персонала ОВП врача, медсестры, вспомогательного персонала и специалистов (работа в команде)
 - 7.1. Организация работы команды ОВП (ВОП/СВ, медицинских сестер общей практики (семейных медицинских сестер), младшего медицинского и технического персонала, социального работника)
 - 7.2. Совместная работа со специалистами
 - 7.3. Критерии эффективно работающей команды
 - 7.4. Роль и обязанности команды, ее руководителя и членов команды
 - 7.5. Совместное обучение – как способ повышения квалификации персонала ОВП
 - 7.6. Оценка совместной работы персонала ОВП
 - 7.6.1. Посещения других ОВП с последующим обсуждением и обменом опыта
 - 7.6.2. Проверка деятельности команды
 - 7.6.3. Внутренний и внешний аудит
- 8. Документация в ОВП
 - 8.1. Медицинская учетно-отчетная документация ВОП (СВ)
 - 8.2. Документация по медико-социальным аспектам деятельности ВОП(СВ) - (больничный лист, справки, направление на МСЭК и др.)
 - 8.3. Немедицинская документация (журналы регистрации различных мероприятий, планы работы, бизнес-план, деловые бумаги, финансовые документы и др.)
- 9. Медицинская экспертиза в ОВП:
 - 9.1. Экспертиза трудоспособности
 - 9.2. Клинико-экспертная комиссия (КЭК)
 - 9.3. Оценка качества оказания медицинской помощи в ОВП (см. также раздел «Клинический аудит»)
- 10. Медицинские кадры ОВП: ВОП(СВ) и медицинские
 - 10.1. Профессиональная подготовка

- 10.2. Квалификационные требования
- 10.3. Аттестация, сертификация, лицензирование
- 11. Медицинское страхование
 - 11.1. Законы и нормативные документы, регулирующие медицинское страхование
 - 11.2. Учреждения и организации медицинского страхования
 - 11.3. Виды медицинского страхования (обязательное и добровольное)
 - 11.4. Медицинские услуги населению, предоставляемые ОВП
 - 11.5. Порядок взаимодействия ОВП со страховыми компаниями
- 12. Финансирование ОВП
 - 12.1. Законы и нормативные документы, регулирующие финансирование в здравоохранении и оплату труда медицинских работников
 - 12.2. Финансирование в условиях обязательного и добровольного медицинского страхования
 - 12.2.1. Источники финансирования
 - 12.2.2. Варианты финансирования ОВП
 - 12.2.2.1. Подушевой норматив
 - 12.2.2.2. Частичное и полное фондодержание
 - 12.3. Оплата труда ВОП(СВ) в государственной и негосударственной системе ПМСП
 - 12.2.1. Модели оплаты труда
 - 12.2.1.1. Базовый уровень оплаты труда
 - 12.2.1.2. Дифференцированная оплата труда
 - 12.2.1.3. Модель конечных результатов
- 13. Управление ОВП:
 - 13.1. Основы управления ОВП (принципы, стили, методы и функции управления)
 - 13.2. Технология принятия и реализации управленческих решений.

Обучающийся должен уметь:

- организовать руководство ОВП;
- организовать распределение рабочего времени; составление плана работы, ведение учетно-отчетной медицинской документации;
- организовать работу команды ОВП (ВОП/СВ, помощника ВОП/СВ, медицинских сестр общей практики (семейных медицинских сестер), младшего медицинского и технического персонала, социального работника);
- взаимодействовать с другими специалистами ПМСП, стационаров и специализированных центров;
- проводить оздоровительные, профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Обучающийся должен владеть:

- технологией обеспечения высококачественной помощи пациенту, его семье и обслуживаемому населению
- методикой выявления основных проблем и оказания консультативной помощи семье
- методикой организации в ОВП паллиативной помощи терминальным и тяжелобольным
- методикой проведения санитарного просвещения обслуживаемому населению
- технологией обучения пациентов соблюдению рекомендаций

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по модулю 1:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. История и перспективы развития ОВП(СМ) в России и за рубежом
2. Определения специальности, основных характеристик и задач ОВП
3. Определения врача-специалиста и основных компетенций ВОП (СВ)
4. Обязанности ВОП (СВ) для обеспечения качественной клинической практики в ОВП
5. Умение работе с семьей
6. Порядок оказания паллиативной помощи пациентам
7. Проведение профилактических мероприятий обслуживаемому населению.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (работа с нормативной документацией).

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Дайте характеристику отделения общей врачебной практики в структуре учреждения здравоохранения

Организационная модель. Функциональная модель.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Дайте характеристику отделения ОВП, в котором вам предстоит работать.

Ответ. Организационная модель – групповая, городская, с дневным стационаром, с оказанием неотложной помощи в часы работы отделения, участок взрослого населения 1500 тыс (старше 18 лет), команда ОВП - 1.

Функциональная модель – расширенная квалифицированная терапевтическая помощь, первичная помощь по неврологии, офтальмологии, оториноларингологии
врач-2 медицинские сестры

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

- Охарактеризуйте организационно-функциональную модель ОВП, в которой вы проходите подготовку
- Охарактеризуйте организационно-функциональную модель ОВП, в которой вы будете работать. Сделайте предложения по оптимизации модели с учетом имеющейся нормативно-правовой базы

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по модулю 1:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанному модулю:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

2.1. Определение специальности «общая врачебная практики (семенная медицина)». Определение «общая врачебная практика (семенная медицина)» Европейского отделения Всемирной организации семейных врачей (WONCA) и ее ключевые признаки.

2.2. Законодательные акты и ведомственные нормативные документы, регламентирующие порядок поэтапного перехода к организации ПМСП по принципу ВОП/СВ в РФ и практическая значимость европейской концепции определения «общая врачебная практика (семейная медицина)».

2.3. Определение «врач общей практики (семейный врач)». Определение Европейского отделения WONCA «врача общей практики (семейного врача) и его 6 основных профессиональных компетенции.

2.4. Сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача).

2.5. Фундаментальные особенности ОВП.

2.6. Определения «врач общей практики (семейный врач)» в законодательных актах и ведомственных нормативных документах РФ. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, выполнение медицинских манипуляций, организационная работа. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ.

2.7. Практическая значимость для российского здравоохранения европейского определения основных профессиональных компетенции ВОП/СВ.

2.8. Практическое значение научно обоснованных определений понятий специальности - «общая врачебная практика (семейная медицина) и специалиста - (врач общей практики (семейный врач) для проведения мероприятий реформы организации ПМСП по принципу ВОП/СВ и организации системы подготовки ВОП/СВ.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

001. Не являются основными источниками информации о здоровье:

- А) официальная информация о смертности населения; населения;
- Б) данные страховых компаний;
- В) эпидемиологическая информация;
- Г) данные мониторинга окружающей среды и здоровья;
- Д) регистры заболеваний, несчастных случаев и травм.

Ответ: (Б)

002. Сущность термина «болезненность»:

- А) вновь выявленные заболевания в данном году;
- Б) все заболевания, зарегистрированные в данном году;
- В) заболевания, выявленные при целевых медицинских осмотрах;
- Г) заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах;
- Д) длительность временной нетрудоспособности.

Ответ: (Б)

003. Международная классификация болезней – это:

- А) перечень наименований болезней в определенном порядке;
- Б) перечень диагнозов в определенном порядке;
- В) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу;
- Г) система, рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;
- Д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.

Ответ: (Г)

004. Из перечисленных специалистов право на выдачу, документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность имеет:

- А) врач станции скорой помощи;
- Б) врач станции переливания крови;
- В) врач бальнеолечебницы;
- Г) врач приемного покоя больницы;
- Д) судебно-медицинский эксперт.

Ответ: (Г)

005. Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет:

- А) руководители ЛПУ и поликлиник;
- Б) лечащий врач самостоятельно;
- В) лечащий врач с утверждения зав. отделением;
- Г) лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ;
- Д) любой врач.

Ответ: (Г)

006. Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей в следующих случаях:

- А) несовершеннолетним детям;
- Б) при несчастных случаях, травмах, отравлениях;
- В) лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ;
- Г) лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- Д) при любом остром заболевании.

Ответ: (Г)

007. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:

- А) в территориальной поликлинике;
- Б) в любой поликлинике населенного пункта;
- В) в любой поликлинике Российской Федерации;
- Г) в любой поликлинике субъекта Федерации;
- Д) в любом медицинском учреждении СНГ.

Ответ: (В)

008. В понятие децентрализация управления здравоохранением в новых условиях входят следующие составляющие, кроме:

- А) сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали;
- Б) отсутствие нормативной базы в здравоохранении;
- В) децентрализация бюджетного финансирования;
- Г) поступление средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне;
- Д) расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений.

Ответ: (Б)

009. Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

- А) систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей;
- Б) прогул (в том числе отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин;
- В) появление на работе в нетрезвом состоянии;
- Г) совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности;

Д) грубое однократное нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями.

Ответ: (А)

010. Отпуск до истечения 11 месяцев с момента приема на работу предоставляется всем ниже перечисленным, кроме:

- А) женщинам перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него;
- Б) работникам моложе 18 лет;
- В) военнослужащим, уволенным в запас и направленным на работу в порядке организованного набора, по истечении трех месяцев работы;
- Г) работникам вредных производств;
- Д) работникам, принятым на работу в порядке перевода из одного учреждения в другое, если в сумме набирается 11 месяцев.

Ответ: (Г)

011. Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан создаются в целях:

- А) защиты прав пациента и отдельных групп населения;
- Б) разработки норм медицинской этики;
- В) разрешения вопросов, связанных с нарушением норм медицинской этики;
- Г) подготовки рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской медицинской деятельности;
- Д) все вышеперечисленное.

Ответ: (Д)

012. Новыми правами пациента для Российского законодательства являются:

- А) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- Б) допуск в стационар адвоката;
- В) допуск в стационар священнослужителя;
- Г) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
- Д) все вышеперечисленные.

Ответ: (Д)

013. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособности понимают:

- А) все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих;
- Б) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих;
- В) все случаи заболеваемости; по которым выдан листок нетрудоспособности;
- Г) все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности;
- Д) наличие инфекционного заболевания.

Ответ: (А)

014. Листок нетрудоспособности не выдается:

- А) при отпуске для санаторно-курортного лечения;
- Б) при уходе за больным членом семьи;
- В) при карантине;
- Г) лицам, находящимся в отпуске сохранения заработной платы;
- Д) при бытовой травме.

Ответ: (Г)

015. Справка произвольной формы выдается:

1. при бытовой травме;
2. при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем;
3. военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью;
4. трудоспособным лицам, направленным в период медицинских осмотров на обследование.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

016. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:

- А) листок временной нетрудоспособности;
- Б) случай временной нетрудоспособности;
- В) первичное заболевание;
- Г) впервые выявленное в данном году заболевание;
- Д) справка о временной нетрудоспособности.

Ответ: (Б)

017. Ориентировочной оценкой показателя тяжести заболевания с временной утратой трудоспособности является:

- А) листок временной нетрудоспособности;
- Б) листок временной нетрудоспособности, выданный на срок более 10 дней;
- В) длительность заболевания, превышающая 1 месяц;
- Г) характер патологического процесса;
- Д) наличие сопутствующих заболеваний.

Ответ: (Г)

018. Медицинское значение листка нетрудоспособности состоит в том, что он:

- А) характеризует здоровье работающих;
- Б) указывает на характер заболевания;
- В) определяет степень потери трудоспособности;
- Г) служит для статистической отчетности по форме №16;
- Д) влияет на здоровье трудящихся.

Ответ: (А)

019. Больному К. выдан больничный лист с диагнозом “Острая респираторная вирусная инфекция” с 18.10 по 20.10 с указанием явиться на прием к врачу 20.10. Больной пришел на прием лишь 25.10, так как без разрешения врача выезжал за город. При осмотре диагностирована пневмония. Больничный лист должен быть оформлен следующим образом:

- А) продлен с 21.10 с указанием “нарушение режима”;
- Б) продлен с 25.10;
- В) выдан новый больничный лист с 25.10;
- Г) продлен с 25.10 с указанием “нарушение режима”;
- Д) продлен с 21.10 без указания о нарушении режима.

Ответ: (Г)

020. При выдаче больничного листа иногородним больным виза администратора лечебного учреждения ставится:

- А) в 1-й день, при выдаче больничного листа;
- Б) на 3-й день, при продолжении больничного листа;
- В) на 6-й день, при выписке больного на работу;
- Г) виза не ставится;
- Д) на 9 день заболевания.

Ответ: (А)

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

Дополнительная:

1. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

Нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ).
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Приказ Минздрава России №543н от 15.05.2012г. «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

5. Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 187н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению".
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2015 г. №290-н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача)».
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 января 2005 г. N 84 "О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)".
8. Приказ Минздрава РФ от 12.08.2003 N 402 "Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача)".
9. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению".
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
11. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58 "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность".
12. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации. Принят Первым национальным съездом врачей РФ (г. Москва, 5 октября 2012 г.)

РАЗДЕЛ «Диагностика в ОВП»

Раздел 1: Методы лабораторной, функциональной, эндоскопической, электрофизиологической и лучевой диагностики в работе ВОП/СВ»

Темы раздела:

Тема 1 «Клиническое обследование пациентов»;

Тема 2 «Лабораторная диагностика»;

Тема 3 «Функциональные и электрофизиологические методы диагностики и интерпретация результатов»;

Тема 4 «Лучевые методы диагностики в ОВП»;

Тема 5 «Эндоскопические методы диагностики в ОВП».

Цель: к концу обучения раздела «Диагностика в ОВП» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, необходимые для составления индивидуального плана обследования пациента для диагностики состояний/заболеваний у лиц разных возрастных периодов и беременных

Задачи:

1. Обучить проведению клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями в условиях ОВП
2. Обучить проведению лабораторной и инструментальной диагностики в рамках своей компетенции.
3. Изучить показания к направлению пациентов для проведения соответствующей диагностики к специалистам
4. Обучить интерпретировать данные клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований
5. Обучить объяснить пациентам характер исследований и его результаты в доступной форме

Обучающийся должен знать:

1. Клиническое обследование пациентов
 - 1.1. Анамнез, опрос, физикальное обследование
 - 1.2. Основные симптомы и синдромы
 - 1.3. Диагностика по ведущему синдрому/симптому
 - 1.4. Формулировка заключений диагностического решения (клинический и предварительный диагноз) в соответствии с требованиями МКБ 10
2. Лабораторная диагностика
 - 2.1. Основные принципы лабораторной диагностики.
 - 2.1.1. Стандартизация клинических лабораторных методов
 - 2.2. Лабораторная диагностическая аппаратура, используемая в ОВП, и принципы ее работы
 - 2.3. Организация лабораторных исследований в ОВП
 - 2.3.1. Лабораторное помещение и оборудование
 - 2.3.2. Хранение и утилизация биологического материала, реактивов и др.
 - 2.3.3. Контроль и правила ухода за лабораторной диагностической аппаратурой
 - 2.3.4. Квалификация персонала, работающего в лаборатории, и оценка его работы
 - 2.3.5. Соблюдение техники безопасности
 - 2.3.5.1. При работе с аппаратурой
 - 2.3.5.2. При работе с опасными биологическими материалами (кровь, различные секреты и т.п.)
 - 2.3.5.3. При работе с химическими веществами
 - 2.3.5.4. Прививка от гепатита В
 - 2.3.5.5. Средства индивидуальной защиты
 - 2.3.6. Документация (регистрация исследований и их результатов в журналах, бланках и т.д.)
 - 2.3.7. Порядок лицензирования лабораторных исследований в ОВП
 - 2.4. Критерии качества диагностических тестов
 - 2.4.1. Чувствительность (Sensitivity)
 - 2.4.2. Специфичность (Specificity)
 - 2.4.3. Точность (Precision)
 - 2.4.4. Надежность (Accuracy)
 - 2.4.5. Систематическая ошибка (Bias)
 - 2.5. Правила транспортировки исследуемого биологического материала

- 2.6. Гарантии качества и контроль качества лабораторных исследований в ОВП
- 2.7. Лабораторные методы исследования и оценка результатов
 - 2.7.1. Нарушений метаболизма белков, жиров, углеводов, нарушений обмена электролитов, азотистого и билирубинового обмена, ферментных нарушений, электролитов и гормонов. Воспалительные тесты.
 - 2.7.2. Нарушений системы кроветворения: клиническое исследование периферической крови и системы коагуляции
 - 2.7.3. Исследование мочевыделительной системы (клинический анализ мочи, пробы Нечипоренко, Реберга, Зимницкого)
 - 2.7.4. Исследование пищеварительной системы (клинический анализ кала, в том числе на скрытую кровь, исследование желудочного сока и желчи)
 - 2.7.5. Микробиологические методы исследования
 - 2.7.5.1. Микроскопия (бактериоскопия)
 - 2.7.5.2. Посев на питательные среды
 - 2.7.5.3. Диагностические серологические тесты
 - 2.7.6. Методы исследования иммунитета
3. Функциональные и электрофизиологические методы диагностики и интерпретация результатов
 - 3.1. Исследование сердечно-сосудистой системы
 - 3.1.1. Электрокардиография
 - 3.1.1.1. Устройство электрокардиографа и техника записи
 - 3.1.1.2. Отведения ЭКГ
 - 3.1.1.3. Нормальная ЭКГ
 - 3.1.1.4. Патологическая ЭКГ – основные ЭКГ синдромы
 - 3.1.2. Велоэргометрия
 - 3.1.3. Холтеровское мониторирование ЭКГ
 - 3.1.4. Фонокардиография
 - 3.1.5. Суточное мониторирование АД
 - 3.2. Исследование дыхательной системы
 - 3.2.1. Спирография
 - 3.2.2. Пневмотахометрия
 - 3.2.3. Пикфлоуметрия
 - 3.2.4. Исследование газов крови
 - 3.3. Исследование системы пищеварения
 - 3.3.1. рН-метрия
 - 3.3.2. дуоденальное зондирование
 - 3.4. Исследование ЦНС
 - 3.4.1. Электроэнцефалография
 - 3.4.2. Эхоэнцефалография
4. Лучевые методы диагностики в ОВП
 - 4.1. Рентгенография
 - 4.2. Ультразвуковые методы исследования
 - 4.3. Компьютерная томография
 - 4.4. Магнитно-резонансная томография
 - 4.5. Радиоизотопные методы исследования
5. Эндоскопические методы диагностики в ОВП
 - 5.1. Фибродуоденоскопия
 - 5.2. Ректоскопия и сигмоидоскопия
 - 5.3. Колоноскопия
 - 5.4. Бронхоскопия
 - 5.5. Уретроцистоскопия
6. Соотношение стоимость-эффективность диагностических методов исследования в ОВП

В пределах контекста первичной медицинской помощи при проведении каждого диагностического мероприятия нужно знать следующие области:

- показания и противопоказания к исследованию
- интерпретация данных исследований
- особенности проведения диагностических тестов в различных половозрастных группах и у беременных

- наиболее частые ошибки, встречающиеся при проведении диагностических исследований
- показания для направления к специалистам для проведения специальных диагностических исследований

Обучающийся должен уметь: применить свои знания по диагностике состояний/заболеваний в ОВП.
При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний

Обучающийся должен владеть:

Клиническим обследованием пациента в ОВП:

Опрос (жалобы, анамнез)

Физикальный осмотр

Формулировка предварительного и окончательного диагноза в соответствии с требованиями МКБ 10

Лабораторными исследованиями:

Проведение глюкометрии экспресс-методом тест-полосками:

сравнивая со стандартной шкалой

с помощью глюкометра

Определение экспресс-методом тест-полосками в моче: белка, сахара, ацетона, рН, гематурии

Анализ крови на гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ

Определение группы крови, резус-фактора экспресс-методом

Диагностика беременности тест полосками

Взятием и приготовлением мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования:

крови, мочи, кала, мокроты

из уретры

с шейки матки, влагалища

содержимого ран

с кожных элементов (пустул, везикул, язв и др.), волос, ногтевых пластинок

со слизистой оболочки носа, глотки, гортани и уха

с конъюнктивы

Интерпретацией результатов исследований:

Общего анализа крови, мочи, кала

Биохимического анализа крови

Коагулограммы

Микробиологических исследований:

Микроскопии (бактериоскопии)

Посева на питательные среды

Диагностических серологических тестов

Мочевыделительной системы:

пробы Зимницкого

пробы Нечипоренко

пробы Реберга

Пищеварительной системы:

желудочного сока

желчи

Функциональными и лучевыми методами диагностики:

Регистрацией и анализом ЭКГ

Методикой анализа спирограмм

Пневмотахометрией

Пикфлоуметрией

Методикой чтения рентгенограмм

Навыками консультации:

Объяснение пациенту результатов лабораторных и инструментальных методов исследования

Обучение пациентов самостоятельному проведению лабораторных экспресс-методов для контроля отдельных показателей крови и мочи

Обучение женщин самостоятельному раннему определению беременности тест-полосками

Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам обследования

Организацией в ОВП лабораторной и функциональной диагностики:

Управлением диагностическим процессом в ОВП:

Организация маршрута пациента по проведению диагностических мероприятий в ОВП, клиничко-диагностических центрах, стационарах, консультациях специалистов

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Проведение клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями в условиях ОВП
2. Проведение лабораторной и инструментальной диагностики в рамках своей компетенции.
3. Показания к направлению пациентов для проведения соответствующей диагностики к специалистам
4. Интерпретация данных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований
5. Разъяснение пациентам характера исследований и его результаты в доступной форме

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Предварительный диагноз. Признаки серьезных проблем. Факторы риска. Особенности сбора анамнеза, осмотра. Диффдиагноз. Тактика ведения.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Женщина 65-ти лет с жалобами на сжимающие боли за грудиной, впервые возникшие на фоне быстрой ходьбы. Боли длились 2 минуты и самостоятельно прошли на фоне физического покоя. Ожирение, артериальная гипертензия.

Предварительный диагноз ОКС

Признаки наличия серьезных проблем

Подъем сегмента ST как минимум в двух соседних отведениях: 2 мм и более в грудных и 1 мм и более в отведениях от конечностей по данным стандартной ЭКГ.

Снижение сегмента ST как минимум 1 мм в двух соседних отведениях.

Отрицательный глубокий симметричный зубец T

Высокий, заостренный зубец T

Впервые возникшая блокада ЛНПГ

Клинические признаки нестабильной стенокардии (впервые возникшая, прогрессирующая, стенокардия в состоянии покоя, постинфарктная стенокардия)

Факторы риска

Курение, сахарный диабет, гиперлипидемии, артериальная гипертензия, ожирение

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Депрессия, тревожность - показана плановая консультация психотерапевта

Ведение пациента

Анамнез

Сжимающие давящие боли за грудиной на фоне физических нагрузок или после приёма пищи, а также при выходе на холод; длящиеся 5-10 минут и более, купирующиеся приемом нитратов и/или других сосудорасширяющих препаратов или ограничением провоцирующих факторов или продолжающиеся несмотря на указанные мероприятия. Боли могут иметь характерную иррадиацию, могут проявляться дискомфортом, сопровождаться слабостью, потливостью, тошнотой и одышкой, а также беспокойством, страхом смерти.

Атипичная симптоматика: нарушение сознания, абдоминальная локализация болей, одышка (характерна для пожилых старше 75 лет и пациентов женского пола, а также для молодых лиц 25-40 лет).

Возможна безболевая ишемия микарда (отсутствие симптоматики), чаще бывает у пожилых и больных сахарным диабетом, не является признаком лучшего прогноза.

Инструментальное обследование

Учесть возможность наличия псевдоинфарктных изменений на ЭКГ.

Учесть вероятность отсутствия изменений на ЭКГ у больных с поражением нескольких областей миокарда в связи с тем, что реципрокные изменения на одной стенке желудочка могут уравновешивать прямые изменения на противоположной стенке.

При подозрении на инфаркт правого желудочка снять дополнительно правые грудные отведения, а при подозрении на инфаркт задней локализации снять дополнительно отведения по Небу.

Учесть, что диагностическая точность ЭКГ для выявления ишемических изменений низка в следующих ситуациях: признаки ранее перенесенного инфаркта, нарушения внутрижелудочковой проводимости,

ритм кардиостимулятора при стимуляции желудочков, аневризма сердца.

Для оценки транзиторных ишемических изменений показано суточное мониторирование ЭКГ. Назначают в случае, если по данным ЭКГ в покое признаков ишемии миокарда не выявлено.

Нагрузочные пробы (ВЭМ, тредмил) применяют при отсутствии данных за острый коронарный синдром.

Взять кровь для биохимического анализа (электролиты, маркеры некроза миокарда: серия тропониновых тестов, КФК, миоглобиновый тест, показатели свертываемости крови, СРБ, СОЭ).

Рентген грудной клетки.

ЭХО-КГ (зоны акинезии, дискинезии, аневризма).

При наличии индикаторов серьезного заболевания

Показана госпитализация. Золотым стандартом диагностики ИБС является коронарография, она показана только в случае решения вопроса об оперативном лечении.

При отсутствии индикаторов серьезного заболевания

Провести обследование по выше изложенной схеме с целью оценки риска развития острого коронарного синдрома (ОКС). При высоком риске (транзиторные ишемические эпизоды при 24 часовом мониторировании, особенно безболевого; положительные результаты лабораторных тестов, низкая толерантность к физическим нагрузкам при проведении нагрузочных проб) показаны госпитализация и плановая коронарография с последующим оперативным лечением с целью выполнения реваскуляризации.

При гипертрофической кардиомиопатии на ЭКГ псевдоинфарктные изменения, однако, это не исключает возможности развития коронарной недостаточности В связи с этим при наличии клиники ОКС целесообразно госпитализировать пациента. Особенностью лечения является необходимость избегать назначения нитратов. Предпочтительнее назначение β -блокаторов.

Миокардит и перикардит сопровождаются подъемом сегмента ST во всех отведениях кроме AVR и V1. Характерным является нарушения ритма и проводимости. В случае выраженной симптоматики (боли в грудной клетке, одышка) показано стационарное лечение.

Если выявленный подъем сегмента ST не сопровождается характерной симптоматикой ОКС, провести дифференциальный диагноз с аневризмой левого желудочка (сравнить с предыдущими ЭКГ если таковые имеются и/или выполнить ЭХО-КГ), использовать тропониновый тест. При подтверждении аневризмы показана терапия в амбулаторных условиях с целью снижения риска тромбоэмболических осложнений, так как аневризма является источником формирования тромбов.

Выявление синдрома WPW с псевдоинфарктными изменениями не требует исключения ИБС при отсутствии характерных жалоб. Как правило, это молодые люди и требуется плановая консультация кардиолога для дальнейшего ведения пациента (WPW способствует развитию аритмий).

При выявлении псевдоинфарктных изменений в виде синдрома ранней реполяризации (подъем сегмента ST в отведениях V1-V3, V4) с высоким зубцом T, что не характерно для ишемии миокарда, специального наблюдения и обследования не требуется.

При почечной недостаточности возможно появление псевдоинфарктных изменений на фоне электролитных нарушений. Требуется патогенетическое лечение.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии (банк ЭКГ, рентгенограмм и спирограмм)

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы ординаторов по указанному модулю:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Особенности проведения клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями в условиях ОВП в зависимости от возраста, пола, у беременных, лежачих пациентов.
2. Особенности проведения лабораторной и инструментальной диагностики в ОВП: правила подготовки пациентов к обследованиям в ОВП
3. Показания к направлению пациентов для проведения соответствующей диагностики к специалистам – взаимодействие с узкими специалистами в ОВП
4. Интерпретация данных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований: правила интерпретации с учетом возраста, пола и др особенностей обследования
5. Разъяснение пациентам характера исследований и его результаты в доступной форме: методы общения с пациентами при сообщении результатов исследования.
6. Проверить свои знания с использованием тестового контроля и ситуационных задач.
7. Выполнить другие задания по указанию преподавателя (составить 10 тестов, ситуационную задачу,

подготовить сообщение).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

1. Термин изостенурия означает:

- А. редкое мочеиспускание
- Б. увеличение суточного диуреза
- В. полное прекращение выделения мочи

Г. осмотическая концентрация мочи равна осмотической концентрации первичной мочи (или безбелковой плазме крови) *

Д. осмотическая концентрация мочи ниже осмотической концентрации первичной мочи (или безбелковой плазме крови)

3. Для острой почечной недостаточности характерно:

- А. Увеличение суточного диуреза
- Б. Уменьшение или полное прекращение выделения мочи*
- В. Преобладание ночного диуреза

Г. Частое мочеиспускание

Д. Болезненное мочеиспускание

4. Моча цвета «мясных помоев» отмечается при:

А. острым диффузным гломерулонефрите *

Б. пиелонефрите

В. сахарном диабете

Г. амилоидозе почек

Д. всех перечисленных заболеваний

5. Розовый или красный цвет мочи может свидетельствовать о наличии:

- А. эритроцитов
- Б. гемоглобина
- В. уропорфиринов
- Г. миоглобина
- Д. всего перечисленного *

6. Цвет мочи в присутствии большого количества лимфы:

- А. красный
- Б. темно-бурый
- В. соломенно-желтый
- Г. зеленовато-желтый

Д. молочный *

7. Протеинурия может сопровождать:

- А. острый гломерулонефрит
- Б. хронический гломерулонефрит
- В. острый пиелонефрит
- Г. хронический пиелонефрит
- Д. все перечисленные заболевания *

8. Протеинурия может быть показателем поражения:

- А. клубочков почек
- Б. канальцев почек
- В. мочевыводящих путей
- Г. организма
- Д. всего перечисленного *

9. Слизь, кровь и гной на поверхности оформленных каловых масс встречается при:

- А. дистальном язвенном колите
- Б. раке прямой кишки
- В. геморрое
- Г. всех перечисленных заболеваниях *

10. При гнилостном колите наблюдается:

- А. кашицеобразный кал
- Б. кал лентовидной формы
- В. кал в виде крупных комков
- Г. кал в виде мелких фрагментов («овечий»)
- Д. все перечисленное *

11. Билирубин в кале обнаруживается при:

- А. гастрите
- Б. дуодените
- В. панкреатите
- Г. хроническом энтерите
- Д. Дисбактериозе *

12. Слизь, кровь и гной на поверхности оформленных каловых масса встречается при:

- А. дистальном язвенном колите
- Б. раке прямой кишки
- В. геморрое
- Г. всех перечисленных заболеваний *
- Д. правильного ответа нет

13 Причиной увеличения связанной соляной кислоты в желудочном содержимом является:

- А. застой желудочного содержимого
- Б. злокачественное новообразование желудка
- В. гастрит
- Г. все перечисленные факторы *
- Д. ни один из перечисленных факторов

14. Причинами увеличения кислотного остатка могут быть:

- А. застой желудочного содержимого
- Б. продукты жизнедеятельности палочек молочно-кислого брожения
- В. продукты жизнедеятельности сарцин
- Г. продукты распада злокачественного новообразования
- Д. все перечисленные факторы *

15. Термин «ахилия» означает отсутствие:

- А. свободной соляной кислоты
- Б. свободной и связанной соляной кислоты
- В. свободной, связанной соляной кислоты и пепсина *
- Г. пепсина
- Д. правильного ответа нет

16. Общая кислотность желудочного содержимого складывается из:

- А. свободной соляной кислоты
- Б. свободной и связанной соляной кислоты
- В. свободной соляной кислоты и кислотного остатка
- Г. свободной соляной кислоты, связанной соляной кислоты и кислотного остатка *
- Д. всего перечисленного

17. Кислотообразующая функция желудка связана с:

- А. фундальным отделом желудка *
- Б. кардиальным отделом желудка
- В. пилорическим отделом желудка
- Г. всеми перечисленными отделами желудка
- Д. нет правильного ответа

18. К пневмомикозам можно отнести:

- А. фавус
- Б. кандидомикоз *
- В. эпидермофитию
- Г. рубромикоз
- Д. все перечисленное

19. Кристаллы гематоидина в мокроте обнаруживают при:

- А. бронхопневмонии
- Б. гангрене легкого *

- В. бронхите
- Г. бронхиальной астме
- Д. крупозной пневмонии

20. Желудочную секрецию исследуют:

- А. фракционным методом зондирования тонким зондом
- Б. внутрижелудочной рН-метрией
- В. беззондовыми методами
- Г. определением уропепсина по Туголукову
- Д. всеми перечисленными методами *

21. Значительное снижение кислотности характерно для:

- А. хронического атрофического гастрита *
- Б. раздраженного желудка
- В. хронического поверхностного гастрита
- Г. рубцово-язвенного сужения привратника
- Д. всего перечисленного

22. Бледная окраска желчи наблюдается при:

- А. гемолитической анемии
- Б. инфекционном гепатите *
- В. дуодените
- Г. холецистите
- Д. всех перечисленных заболеваний

23. Нормальную (коричневую) окраску каловых масс определяет:

- А. углеводная пища
- Б. белковая пища
- В. жиры
- Г. стеркобилин *
- Д. копропорфирин

24. Кислую реакцию кала обуславливает:

- А. быстрая эвакуация пищи по кишечнику
- Б. колит
- В. нарушение расщепления углеводов *
- Г. преобладание белковой пищи
- Д. преобладание жиров

25. Белок в каловых массах здорового человека (положительная р-ция Вишнякова-Трибуле):

- А. присутствует
- Б. Отсутствует *
- В. реакция слабо положительная
- Г. реакция резко положительная
- Д. все ответы правильные

26. Протеинурия может быть показателем поражения:

- А. клубочков почек
- Б. канальцев почек
- В. мочевыводящих путей
- Г. организма
- Д. всего перечисленного *

27. Для острой почечной недостаточности характерно:

- А. Увеличение суточного диуреза
- Б. Уменьшение или полное прекращение выделения мочи
- В. Преобладание ночного диуреза
- Г. Частое мочеиспускание *
- Д. Болезненное мочеиспускание

28. К ускорению СОЭ не приводят:

- А. повышение содержания фибриногена
- Б. повышение содержания глобулиновых фракций
- В. изменение в крови содержания гаптоглобулина и альфа-2- макроглобулина
- Г. нарастание в крови концентрации патологических иммуноглобулинов
- Д. увеличение концентрации желчных кислот *

29. Подсчет эритроцитов рекомендуется проводить сразу после взятия крови при:

- А. железодефицитных анемиях
- Б. гемолитических анемиях
- В. апластических анемиях
- Г. В12- дефицитных анемиях
- Д. всех перечисленных анемиях *

30. Выраженная тромбоцитопения наблюдается при:

- А. лучевой болезни
- Б. дефиците витамина В-12 и фолиевой кислоты
- В. апластических анемиях
- Г. остром лейкозе
- Д. всех перечисленных заболеваниях *

31. Продуктивным воспалением называется вид воспаления, при котором в очаге воспаления преобладают:

- А. продукты распада клеток пораженных тканей *
- Б. процессы размножения *
- В. некробиотические процессы
- Г. эритроциты
- Д. все перечисленное верно

31. Для злокачественных опухолей наиболее характерен:

- А. медленный рост
- Б. экспансивный рост
- В. инфильтративный рост *
- Г. ни один из перечисленных
- Д. все перечисленные характерны

32. Наиболее характерен для доброкачественных опухолей:

- А. медленный рост
- Б. экспансивный рост
- В. инфильтративный рост
- Г. ни один из перечисленных ответов
- Д. медленный, экспансивный рост *

33. Рак развивается из:

- А. соединительной ткани
- Б. мышечной ткани
- В. эпителиальной ткани *
- Г. нервной ткани
- Д. мезенхимальной ткани

34. Основная задача цитологического скрининга в гинекологии:

- А. определение гормонального состояния
- Б. выявление предрака и раннего рака ***
- В. предотвращение бесплодия
- Г. выявление распространенных форм рака шейки матки
- Д. все перечисленное неверно

35. Для типирования гаперлипопротеидемии достаточно исследовать в сыворотке крови:

- А. альфа-холестерин *
- Б. общий холестерин
- В. спектр липопротеидов
- Г. липопротеиды низкой плотности
- Д. триглицериды

36. К методам срочной лабораторной диагностики следует отнести определение:

- А. активности кислой фосфатазы
- Б. белковых фракций
- В. опухолевых маркеров
- Г. общего холестерина
- Д. билирубина у новорожденных *

- 37. Всасывание углеводов происходит главным образом в:**
 А. ротовой полости
 Б. желудке
 В. тонкой кишке *
 Г. толстой кишке
 Д. все перечисленное верно
- 38. Мутность сыворотки обусловлена избытком:**
 А. холестерина
 Б. фосфолипидов
 В. триглицеридов
 Г. жирных кислот
 Д. простагландинов *
- 39. Повышенное содержание альфа-фетопротеина (AFP) в сыворотке отмечается при:**
 А. рак печени
 Б. цирроз печени
 В. беременность
 Г. все перечисленное *
- 40. При иммунодиагностике рака молочной железы используются следующие онкомаркеры:**
 А. PSA (простатоспецифический антиген, ПСА)
 Б. а- фетопротеин
 В. СА-15-3 *
 Г. СА-19-9
- 41. В каких случаях целесообразно определение хорионического гонадотропина (ХГЧ):**
 А. опухоли матки
 Б. диагностика беременности на ранних сроках
 В. опухоли трофобласта
 Г. опухоли яичка
 Д. все перечисленное верно *
- 42. Инфекция, сопровождающаяся формированием Т-клеточного иммунодефицита:**
 А. ВИЧ-инфекция *
 Б. скарлатина
 В. грипп
 Г. корь
 Д. коклюш
- 43. Пути передачи ВИЧ-инфекции у взрослых:**
 А. при половом контакте
 Б. через парентерально вводимые продукты крови
 В. транспланцитарный
 Г. через поврежденную кожу и слизистые оболочки
 Д. все перечисленное верно *
- 44. Пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку:**
 А. транспланцитарно и в период родов *
 Б. при грудном вскармливании
 В. воздушно-капельным путем
 Г. фекально-оральным путем
 Д. все перечисленное верно
- 45. Клетки-мишени для ВИЧ:**
 А. CD4⁺ лимфоциты
 Б. макрофаги
 В. клетки нервной глиии
 Г. все перечисленное *
- 46. Иммунодиагностика аутоиммунного тиреоидита (болезнь Хашимото) основана на:**
 А. выявлении лимфо-моноцитарной инфильтрации щитовидной железы при биопсии
 Б. обнаружении в крови антител к тиреоглобулину и/или пероксидазе щитовидной железы
 В. обнаружении в крови антинуклеарного фактора
 Г. все перечисленное верно *

50. Наиболее частой причиной гемолитической болезни новорожденных являются антитела к:

- А. антигенам системы АВО
- Б. антигенам системы-резус *
- В. антигенам М, Даффи, Келл
- Г. все перечисленное верно
- Д. все перечисленное неверно

51. При обнаружении у больного резус принадлежности D⁺ (слабовыраженный антиген D) при решении вопроса о

переливании крови необходимо:

- А. переливать резус-положительную кровь
- Б. переливать резус-отрицательную кровь
- В. переливать плазму
- Г. отправить кровь на индивидуальный подбор донора *

52. При исследовании в лаборатории у больного выявлены аллоиммунные антиэритроцитарные антитела. Ему можно переливать:

- А. резус-отрицательную кровь
- Б. кровь от индивидуально подобранного донора *
- В. эритроцитарную массу группы О (I)
- Г. плазму группы Oab

53. У больного группа крови АВ (IV) ab. Правильная тактика врача при переливании крови ввести:

- А. цельную кровь группы О (I)ab *
- Б. кровь АВ (IV).
- В. эритроцитарную массу группы В (III)
- Г. эритроцитную массу группы АВ (IV)

54. При положительной пробе на совместимость крови донора и реципиента является правильным переливание:

- А. крови группы О (I)ab
- Б. крови от индивидуально подобранного донора *
- В. резус-отрицательной крови
- Г. крови донора, игнорируя результаты пробы

55. У больного группа крови А(II) ab, этому больному в экстренном случае можно переливать:

- А. эритроцитарную массу группы О (I) *
- Б. цельную кровь О (I)ab
- В. цельную кровь А(II)B
- Г. эритроцитарную массу группы А(II)
- Д. все перечисленное верно

56. Иммунодиагностика аутоиммунного тиреоидита (болезнь Хашимото) основана на :

- А. выявлении лимфо-моноцитарной инфильтрации щитовидной железы при биопсии
- Б. обнаружении в крови антител к тиреоглобулину и/или пероксидазе щитовидной железы
- В. обнаружении в крови антинуклеарного фактора
- Г. все перечисленное верно *

57. При определении группы крови больного цоликлоны анти-А и анти-В агглютинируют его эритроциты. При контрольном исследовании эритроцитов в физиологическом растворе NaCl реакция положительная. Рекомендуется при срочном переливании крови:

- А. перелить цельную кровь группы АВ(IV)
- Б. перелить цельную кровь группы О(1)
- В. перелить лейкомассу
- Г. перелить эритромассу группы О(1) *
- Д. все верно

58. Группу крови по стандартным эритроцитам не л ь з я определять:

- А. взрослому мужчине
- Б. юноше
- В. подростку
- Г. новорожденному *
- Д. беременной женщине

59. Антиэритроцитарные антитела необходимо определять:

- А. у больных резус - отрицательных
Б. у больных резус – положительных
В. у всех больных независимо от резус – принадлежности *

Г. только у женщин

Д. только у беременных женщин

60. Перед переливанием крови необходимо:

- А. определить группу крови больного
Б. определить группу крови донора
В. провести пробу на совместимость крови донора и больного на плоскости
Г. провести пробу на совместимость крови, донора и больного на водяной бане
Д. провести все перечисленные пробы *

61. Для выявления тромбоцитопатии необходимо исследовать:

- А. агрегационную функцию тромбоцитов
Б. адгезивную функцию тромбоцитов
В. фактор 3 тромбоцитов кровотечения
Г. время
Д. все перечисленное *

62. Коагулопатия потребления развивается при:

- А. гемофилии
Б. ДВС-синдроме *
В. болезни Виллебранда
Г. тромбастении Гланцмана
Д. болезни Хагемана

64. Коагулограммой называется:

- А. направление на исследование системы гемостаза
Б. определение протромбинового времени
В. исследование агрегационных свойств тромбоцитов
Г. набор гемокоагулологических тестов, отвечающих на поставленную клиницистом задачу *

Д. проведение исследований гемостаза на коагулометре

65. Ошибка при исследовании гемостаза может возникнуть из-за:

- А. гемолиза
Б. присутствия гепарина
В. неправильного соотношения антикоагулянта и крови
Г. нестабильной температуры
Д. все перечисленное верно *

66. К патогенным простейшим относится:

- А. E.coli
Б. T.hominis *
В. E.histolytica
Г. E.папа

Д. все перечисленные

67. В дуоденальном содержимом могут быть вегетативные формы жгутиков рода:

- А. Trichomonas
Б. Chylomastics
В. Lamblia
Г. все перечисленные

Д. нет правильного ответа *

68. При исследовании дуоденального содержимого могут быть обнаружены яйца следующих гельминтов:

- А. описпорха*
Б. клонорха
В. фасциолы
Г. Дикроцелия
Д. всех перечисленных

69. При обследовании детей детского сада в перианальном соскобе обнаружены продолговатые, несколько асимметричные, прозрачные, покрытые гладкой, тонкой двухконтурной оболочкой яйца, внутри которых видна личинка. Обнаружены яйца:

- А. анкилостамид
- Б. трихостронгилид
- В. власоглава
- Г. аскарид
- Д. остриц*

71. В фекалиях человека нельзя обнаружить яиц:

А. токсокар *

Б. некатора

- В. описторха
- Г. широкого лентеца
- Д. карликового цепня

75. Гормоны гипоталамуса оказывают прямое действие на:

- А. щитовидную железу
- Б. поджелудочную железу
- В.

гипофиз

Г.

надпочечники

Д. половые железы *

76. Нормальный баланс железа нарушают:

д. кровопотеря

- Б. беременность
- В. талассемия
- Г. блокада синтеза порфиринов *
- Д. все перечисленные факторы

77. При железодефицитной анемии усиливается всасывание железа в:

- А. желудке
- Б. прямой кишке
- В. толстой кишке
- Г. двенадцатиперстной кишке
- Д. тонком кишечнике *

78. Лекарственные вещества, поступившие в кровь из ЖКТ, связываются с:

- А. мочевиной
- Б. углеводами
- В. микроэлементами
- Г. Белками *
- Д. витаминами

79. Обязательному обследованию на сифилис с применением серологических методов исследования подлежат больные, находящиеся:

- А. в неврологических отделениях больницы
- Б. в инфекционных отделениях больницы
- В. в терапевтических отделениях больницы
- Г. в глазных отделениях больницы
- Д. правильно А. и В *

80. Обязательному обследованию на гонорею подлежат все контингенты, кроме:

- А. беременных
- Б. женщин, страдающих первичным бесплодием
- В. женщин, страдающих вторичным бесплодием
- Г. женщин, страдающих псориазом *
- Д. женщин, бывших в контакте с больным гонореей

81. При диагностике микозов используются все перечисленные лабораторные методы, кроме:

- А. микроскопии пораженных волос и чешуек кожи
- Б. культуральной диагностики
- В. мазков-отпечатков с очагов поражения *
- Г. гистологического исследования
- Д. люминисцентной микроскопии

82. Для сифилиса скрытого раннего характера резко положительная реакция Вассермана:

- А. с низким титром реактивов

Б. с низким титром реактивов у одних и высоким у других больных

В. с высоким титром реактивов *

Г. титр реактивов значения не имеет

Д. все ответы правильные

83. Для установления диагноза первичного серопозитивного сифилиса прежде всего необходимы положительные результаты реакции:

А. Колмера

Б. Вассермана

В. иммунофлюоресценции *

Г. микропреципитации

Д. Полимеразной цепной реакции

84. Развитию кандидоза способствует все перечисленное, кроме:

А. сахарного диабета

Б. длительного лечения антибиотиками

В. потливости, мацерации кожи

Г. иммунодефицита

Д. гипертонической болезни *

85. Плесневые грибы поражают все перечисленное, кроме:

А. кожи

Б. слизистых

В. ногтей

Г. внутренних органов

Д. волос *

86. При глубокой трихофитии в волосах обнаруживаются следующие изменения:

А. беспорядочное расположение спор

Б. цепочки спор внутри волоса

В. цепочки спор и пузырьки воздуха внутри волоса

Г. цепочки спор снаружи волоса *

Д. ничего из перечисленного

87. Изменения крови у больных ранним врожденным сифилисом проявляются в виде:

А. лейкопении

Б. гипохромной анемии *

В. тромбоцитопении

Г. эозинофилии

88. Возбудитель гонореи - гонококк - относится:

А. к парным коккам грам-отрицательным *

Б. к парным коккам грам-положительным

В. к парным коккам грам-вариабельным

Г. к коккобациллам грам-отрицательным

Д. Коккобациллам грам-вариабельным

89. Биохимические анализаторы позволяют:

А. повысить производительность работы в лаборатории

Б. проводить исследования кинетическими методами

В. расширить диапазон исследований

Г. выполнять сложные виды анализов

Д. все перечисленное *

90. Определение альфа-фетопротеина имеет диагностическое значение при:

А. эхинококкозе печени

Б. первичном раке печени *

В. инфекционном гепатите

Г. раке желудка

Д. осложненном инфаркте миокарда

91. Фибриноген снижается в крови при:

А. инфаркте миокарда

Б. циррозе печени *

В. ревматизме

Г. уремии

Д. остром воспалении

93. Содержание креатинина в крови увеличивается при:

А. хронической почечной недостаточности*

Б. Гепатите

В. гастрите

Г. язвенном колите

Д. всех перечисленных состояниях

94. С - реактивный белок:

А. присутствует в норме, но при воспалении снижается

Б. наибольшее повышение наблюдается при бактериальном воспалении *

В. наибольшее повышение наблюдается при вирусном воспалении

Г. появляется при хроническом воспалении

Д. исчезает при осложнениях в послеоперационном периоде (раневой абсцесс, тромбоз, пневмония)

95. Мочевая кислота повышается в сыворотке при:

А. гастрите, язвенной болезни

Б. гепатитах

В. лечении цитостатиками *

Г. эпилепсии, шизофрении

Д. всех перечисленных заболеваний

96. Гипогаммаглобулинемия наблюдается при:

А. лимфосаркоме

Б. миеломной болезни

В. облучении

Г. длительных хронических заболеваний

Д. при всех перечисленных состояниях *

97. Наиболее выраженное повышение С-реактивного белка наблюдается при:

А. вирусных инфекциях

Б. склеродермии

В. бактериальных инфекциях*

Г. лейкемии

Д. все перечисленное верно

98. Гипоальбуминемия наблюдается при:

А. циррозе печени

Б. кровотечениях

В. гипертиреозе

Г. нефротическом синдроме

Д. все перечисленное верно *

99. Альфа-1 - антитрипсин - это:

А. белок острой фазы

Б. ингибитор сериновых протеиназ

В. ингибитор лейкоцитарной эластазы

Г. все перечисленное верно *

Д. все перечисленное неверно

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Семейная медицина. Избранные лекции / Под ред. О.Ю. Кузнецовой. - 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

Дополнительная:

1. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах.

РАЗДЕЛ «Медицинская психология в ОВП»

Раздел 1. «Психология и взаимоотношения врача и пациента»

Тема : Тема 1 «Основы медицинской психологии»;

Тема 2 «Взаимоотношения врача и пациента»;

Тема 3 «Этика, профессиональное поведение и личность семейного врача».

Цель: к концу обучения раздела «Психология и взаимоотношения врача и пациента» обучающийся должен приобрести знания, навыки и отношения, лежащие в основе совместной работы врача и пациента, необходимые для эффективных долгосрочных взаимоотношений с пациентом и использовать их для его выздоровления

Задачи:

1. Рассмотреть основы психологии пациента и его семьи.
2. Обучить построению взаимоотношений с пациентами на основе этических и юридических норм.
3. Обучить устанавливать, поддерживать и заканчивать взаимоотношения с пациентом, его семьей и сиделками.
4. Обучить проведению консультирования, используя навыки общения и методики, соответствующие различным категориям пациентов: детям, подросткам, пожилым, иммигрантам и др.
5. Обучить предоставлению информации пациенту и согласовывать лечение.
6. Обучить предупреждению жалоб пациентов.

Обучающийся должен знать:

1. Основы медицинской психологии
 - 1.1. Определения понятий "психология", "медицинская психология", "психология больного человека", "психология стареющего человека", "психология человека, прекращающего профессиональную деятельность", "психология одинокого человека", "психология подростка";
 - 1.2. Основы семейной психологии
 - 1.2.1. Жизненный цикл семьи
 - 1.2.2. Взаимоотношения членов семьи, включая эмоции
 - 1.2.3. Насилие в семье
 - 1.2.4. Воспитание ребенка в семье
 - 1.3. Основы психогигиены, психодиагностики, психопрофилактики и психотерапии (см. также в разделе «Психическое здоровье»)
2. Взаимоотношения врача и пациента
 - 2.1. Психология общения
 - 2.1.1. Структура общения (коммуникация, интеракция, перцепция)
 - 2.1.2. Самопонимание и саморегуляция в процессе общения
 - 2.1.2.1. Самосознание личных сил и слабостей в работе с пациентами
 - 2.1.2.2. Понимание эмоциональных реакций пациентов
 - 2.1.3. Трансфер и контртрансфер
 - 2.1.4. Психологические портреты пациентов и врачей
 - 2.1.5. Основные факторы эффективных взаимоотношений врача и пациента: положительное отношение, сочувствие, искренность
 - 2.2. Этические, юридические и профессиональные принципы взаимоотношения врача и пациента:
 - 2.2.1. Права пациента
 - 2.2.2. Права врача
 - 2.2.3. Информированное согласие пациента
 - 2.2.4. Конфиденциальность
 - 2.2.5. Донорство органов
 - 2.3. Общение
 - 2.3.1. Модели общения
 - 2.3.2. Вербальное и невербальное общение
 - 2.3.3. Активное выслушивание
 - 2.3.4. Воздействие внешних факторов на общение
 - 2.4. Консультирование в общей врачебной практике
 - 2.4.1. Био-психо-социальная подход
 - 2.4.2. Модели консультирования
 - 2.4.3. Методики (виды) консультирования: директивное и недирективное

- 2.4.4. Этапы проведения консультации
- 2.4.5. Наиболее частые ошибки, которые делают врачи во время проведения консультации
- 2.4.6. Проблемы, наиболее часто встречающиеся в отношениях между врачом и пациентом
- 2.4.7. Консультирование по телефону
- 2.4.8. Сообщение плохих новостей
 - 2.4.8.1. Процесс тяжелой утраты и связанное с этим поведение пациента.
 - 2.4.8.2. Особенности структуры консультации, связанной с утратой/несчастьем
- 2.4.9. Особенности консультирования детей и подростков, пожилых, одиноких, пациентов различных культур и вероисповеданий и др.

2.5. Жалобы пациентов

- 2.5.1. Причины появления жалоб/неудовлетворенности пациентов
- 2.5.2. Предупреждение жалоб
- 2.5.3. Процедура рассмотрения жалоб

Обучающийся должен уметь:

- применять общие принципы и методы медицинской и семейной психологии при оказании ПМСП взрослым и детям в условиях профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача);
- использовать вербальные и невербальные средства общения в психотерапевтических целях.

Обучающийся должен владеть: *навыками общения врача с пациентом* -

Умением активно выслушивать

Методикой использования открытых и закрытых вопросов

Технологией использования понятного языка/терминологии (врач избегает жаргона) и невербального языка (жестов, мимики, положения тела, голоса, ритма)

Умением создавать ощущения безопасности и комфорта при общении с пациентом

Методикой эффективного применения личных качеств врача: сочувствия, доверия, конфиденциальности, обеспечение поддержки, ободрения и вдохновения пациента

Методикой использования физического контакта с пациентом, для уменьшения его опасений и установления общения, создающее лечебный эффект и комфорт

Умением быть с пациентами в «целельных» отношениях: проявлять заботу о пациентах и их потребностях, без необходимости не вмешиваясь и не интерпретируя их высказывания, поступки и т.д.

Методикой использования повторных контактов для создания личного знания о пациентах и их семьях.

Умением завершить отношения с пациентом: обсуждение чувств пациента о взаимоотношениях с врачом и прекращении этих взаимоотношений.

Умением определять, какие пациенты требуют специальных подходов при проведении беседы и консультирования, например, распознавание пациентов, имеющих чрезмерные требования, и умение вежливо, но настойчиво, проводить консультирование в отведенное время.

Умением устанавливать отношения с семьей пациента и ухаживающими/сиделками

Умением общаться с детьми, подростками и пожилыми

Технологией сообщения плохих новостей: умение избегать передавать нереалистичный оптимизм и неуместный пессимизм

Умением выбрать поведение, которое предотвращает жалобы

Умением вести себя соответственно с недовольными пациентами/родственниками

Методами диагностики, процедурами/манипуляциями:

Пониманием экспериментально-психологических методов диагностики внимания, памяти, ассоциативного процесса

Пониманием психотерапевтических методов лечения

Умением получить информированное согласие пациента

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по модулю:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Основы психологии пациента и его семьи.
2. Построение взаимоотношений с пациентами на основе этических и юридических норм.

3. Умение устанавливать, поддерживать и заканчивать взаимоотношения с пациентом, его семьей и сиделками.
4. Проведение консультирования, используя навыки общения и методики, соответствующие различным категориям пациентов: детям, подросткам, пожилым, иммигрантам и др.
5. Предоставление информации пациенту и согласование лечения.
6. Умение предупреждать жалобы пациентов.

2. Практическая работа. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (перечислить), освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.*

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Предварительный диагноз. Признаки серьезного заболевания. Признаки наличия психосоциальных факторов риска. Ведение пациентов. Диагноз. Основное в диагностике. Лечение. Тактика ВОП.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Женщина 55 лет, предъявляет многочисленные жалобы функционального характера, предлагает врачу ознакомиться с данными многочисленных обследований, дневником самонаблюдения, настаивает на новых обследованиях и консультациях у специалистов.

Дз: Ипохондрия (ипохондрический невроз, атипичное соматоформное расстройство, И.) - состояние фиксации внимания на проблемах собственного здоровья, характеризующееся убежденностью человека в наличии у него серьезного заболевания, основанной на каких-либо соматических (телесных) симптомах или физических проявлениях, которые на самом деле не являются признаками заболевания. Этиология неизвестна.

В общемедицинской практике И. наблюдают у 14-20% всех больных. Может возникнуть в любом возрасте; пик заболеваемости приходится на возраст после 30 лет у мужчин и после 40 лет у женщин.

Признаки серьезного заболевания. Признаки тяжелой депрессии и/или тревожного синдрома, появление жалоб причудливого или бредового характера (И. может быть одним из первых проявлений шизофрении).

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Безработный больной

Социальная изоляция

Смерть близкого

Ведение пациентов с ипохондрией

Диагноз

Пациенты, страдающие И., предъявляют множество разнообразных жалоб, уверены в том, что страдают серьёзным заболеванием, которое не удаётся обнаружить. Уверенность в наличии болезни обычно сопровождается чрезмерной озабоченностью и страхом и сохраняется несмотря на отрицательные результаты исследований, но не несёт бредового характера. Больные настолько озабочены своим состоянием, что это приводит к социально-трудовой дезадаптации. Расстройство часто сопровождается депрессивными и тревожными состояниями. Любые попытки разубедить человека тщетны и не смягчают тревогу или страх, а зачастую приводят к продолжению поисков медицинского диагноза и лечения в других учреждениях. Озабоченность, как правило, в большей степени вызывают физиологические функции, чем болезненные симптомы. Сердцебиение, потоотделение, дыхание проверяются ежеминутно – не изменился ли ритм, нет ли необычных ощущений; любое отклонение от нормы трактуется как подтверждение болезни.

И. может быть способом получить социальную поддержку с помощью принятой на себя роли больного. Однако И. почти всегда сочетается с каким-либо другим психическим расстройством (депрессия, тревога, соматизированное расстройство). Показано, что у лиц, страдающих депрессией, значительно учащаются соматические жалобы, для которых не находится физических причин. Более того, при лечении депрессии и улучшении состояния соматические жалобы исчезают. Другое состояние, сочетающееся с И., – это паническое тревожное расстройство, при котором больные часто беспокоятся по поводу симптомов, связанных с сердечной деятельностью. Такие пациенты нередко попадают в больницу по скорой помощи, поскольку уверены, что у них сердечный приступ, часто посещают врачей, подвергаются ненужным хирургическим вмешательствам, диагностическим обследованиям и лекарственной терапии.

Основное в диагностике – исключить соматические и неврологические заболевания. Психологическое тестирование для выявления психических расстройств и подтверждения диагноза ипохондрии, для чего необходимо направить пациента к специалисту-психиатру.

Лечение

Лечение следует начинать с установления доверительных отношений с пациентом; важно убедить

пациента, что врач будет помогать, независимо от наличия или отсутствия симптомов (болезни). Врачу не следует подвергать сомнению существование симптомов или субъективную оценку пациентом их тяжести. Врач должен одновременно прислушиваться к пациенту и противостоять ему во время беседы. Не рекомендуется называть имеющиеся у пациента симптомы психическими. Наилучшим является лечение, направленное на сопутствующие состояния, а не на соматические симптомы. Используется индивидуальная, групповая психотерапия. Основная цель в ведении пациентов с И – не пропустить действительно имеющееся соматическое заболевание, обеспечить безопасность больного и избежать излишних процедур, медикаментозного и оперативного лечения. При сочетании И. с тревожным или депрессивным расстройством показано лечение, нацеленное на снятие тревоги и депрессии (антидепрессанты и транквилизаторы), но для этого необходима консультация психиатра. Полностью излечиваются от И. лишь 5% больных.

При наличии индикаторов серьезного заболевания

Срочная консультация психиатра.

При наличии психосоциальных факторов риска

По возможности их смягчение с применением психотерапии, привлечением социальных работников.

2. Опрос женщин на предмет домашнего насилия

Домашнее насилие (ДН) – намеренные насильственные или подавляющие действия со стороны члена семьи, которые могут выражаться как:

нанесение или угроза нанесения телесных повреждений;

сексуальное насилие;

психологическая жестокость (угрозы, запугивания, власть над жертвой);

экономическая зависимость;

прогрессирующая социальная изоляция.

ДН может иметь место в любых слоях и категориях населения, независимо от классовых, расовых, культурных, религиозных, социально-экономических аспектов. Жертвой может быть любой член семьи, но чаще страдают женщины и дети. Официальной статистики о распространенности ДН в РФ нет. По данным выборочных исследований, насилие в той или иной форме наблюдается в каждой четвертой семье; 1/3 от общего числа умышленных убийств совершается в семье; половине всех преступлений, связанных с бытовыми мотивами (ревностью, алкоголизмом, хулиганством), предшествуют длительные семейные конфликты. Трудность состоит в том, что участники конфликта в семье – насильник, жертва и свидетели – обычно скрывают факт насилия.

Типичный пациент

Женщина с повторными травмами типичной локализации (см. ниже), выглядит испуганно, смущенно или уклончиво, о происхождении повреждений говорит неохотно

Признаки наличия серьезных проблем

Телесные повреждения (растяжения, разрывы, переломы, ожоги, синяки; типичная локализация - лицо, затылок, грудь, живот, тазовая область, следы удушения на шее, следы захвата на верхней части рук).

О высокой вероятности насилия свидетельствуют:

повторяющиеся хронические травмы,

травмы на разных стадиях заживления,

многочисленные повреждения в разных местах (кроме случаев автокатастрофы или подобных).

травмы груди и живота у беременной; «спонтанные» аборт, ранние роды в сочетании с другими

факторами риска.

явные признаки сексуального насилия

суицидальные попытки, выраженная депрессия

жестокое обращение с детьми в семье

Другие возможные проявления ДН

Хронические боли, психогенические боли или боли вследствие диффузной травмы без видимых проявлений. Физические симптомы, связанные со стрессом, прочие нервные нарушения или депрессия:

расстройства сна и аппетита

усталость, снижение концентрации, половые расстройства

хронические головные боли

жалобы на расстройства желудочно-кишечного тракта

головокружения, сердцебиения, парестезию, одышку

нетипичные грудные боли

Гинекологические отклонения, частые инфекции мочеполовой системы, диспареуния, боли в тазовой области.

Частое использование выписанных слабых транквилизаторов или обезболивающих препаратов. Частые визиты с неопределенными жалобами или симптомами без признаков физического недомогания.

Плохое питание, депрессия, позднее или нерегулярное обращение в женскую консультацию при беременности; нежелательная беременность, короткие интервалы между беременностями.

Приступы паники или другие симптомы нервного возбуждения; злоупотребление алкоголем или наркотиками; посттравматические стрессовые реакции и/или нарушения.

Отсроченное обращение за медицинской помощью при травмах.

Психосоциальные факторы риска

Со стороны мужа (партнера) – злоупотребление алкоголем или наркотиками; властный, агрессивный стиль поведения; ревность; психическое заболевание с проявлениями агрессивности, был жертвой насилия в детстве.

Со стороны женщины – насилие в анамнезе (в т.ч. в детстве, в предыдущем браке), финансовая зависимость от мужа.

Обследование

При подозрении на ДН врач должен инициировать опрос – женщины сами редко жалуются на плохие взаимоотношения в семье и насилие.

Общие принципы опроса на предмет ДН

вести разговор наедине с пациенткой;

верить женщине;

говорить о проблеме насилия открыто; объяснить, что ДН является распространенной проблемой;

заботиться прежде всего о безопасности женщины;

предложить варианты выхода из создавшегося положения;

дать женщине возможность самостоятельно принимать решения.

Не следует:

упрекать и осуждать женщину;

отрицать возможность ДН

назначать женщине седативные средства, направлять к психиатру;

преуменьшать значение проблемы.

Успех опроса в существенной мере зависит от доверительных отношений пациентки с врачом

Рекомендуемые вопросы для выявления ДН

При телесных повреждениях:

Вам кто-то нанес телесные повреждения? Это от побоев?

Травмы подобного рода обычно бывают нанесены кем-то. Не так ли произошло с Вами?

У Вас много синяков. Откуда они?

Кто Вас ударил?

Употребляет ли Ваш муж спиртное, наркотики? Если да, то как он ведет себя по отношению к Вам и детям?

В случае симптомов волнения или депрессии или попытки самоубийства:

Что сейчас волнует вас больше всего в вашей жизни?

При подозрении на депрессию можно использовать стандартные вопросы для выявления депрессии.

Вопросы для обычной оценки риска ДН

Следует начинать с объяснения, что такие вопросы задают всем пациентам

Какие у Вас отношения с мужем (партнером) – хорошие, удовлетворительные, конфликтные?

У всех бывают неурядицы дома. Бывает, что Вы ссоритесь? Как выражаются ваши разногласия или споры?

Вы когда-либо испытываете страх перед вашим партнером?

Относился ли когда-либо ваш муж (партнер) к Вам плохо? Как это проявлялось?

Были ли случаи, когда ваш партнер не позволил вам выйти из дома, встретиться с друзьями, устроиться на работу, продолжить образование?

Пытается ли ваш партнер контролировать ваше поведение? Какими способами?

Угрожал ли вам когда-либо ваш партнер?

Портил ли он когда-либо вещи, которыми вы дорожите?

Угрожал ли он или обращался ли жестоко с вашими детьми?

Принуждал ли он вас когда-либо к сексу, когда вы этого не хотели? Можно ли сказать ему “нет”?

Вы упоминали, что ваш партнер пьет/употребляет наркотики. Как он себя ведет под их влиянием? Случается ли, что он агрессивен на словах или в поведении?

Случалось ли, чтобы ваш партнер вас ударил, толкнул, схватил?

Чувствуете ли вы, что “ходите на цыпочках” вокруг него?

Случалось ли, чтобы он ударил вас во время вашей беременности?

Есть ли у вас в доме оружие? Угрожал ли когда-либо ваш партнер применить его, когда был

рассержен?

Ведение пациента

Для оказания помощи женщинам, пострадавшим от ДН, в некоторых регионах существуют специальные службы (телефоны доверия, центры по борьбе с насилием в семье и т.п.). Необходимо знать, существуют ли подобные структуры в регионе, их адрес и телефон.

Полезная информация об источниках поддержки женщин, страдающих от насилия, в различных регионах России размещена на Интернет-сайтах <http://dv.projectharmony.ru/>, <http://www.doktor.ru/persefona>

При наличии серьезных проблем

Лечение травм

Регистрация факта насилия в медицинской документации путем детального описания обнаруженных признаков.

При необходимости назначение посткоитальной контрацепции.

Следует убедиться, что женщина в настоящий момент находится в безопасности и помочь ей в обеспечении безопасности.

Вопросы, помогающие оценить безопасность

- Есть ли у вас родственники или друзья, у которых вы можете пожить некоторое время?
- Где сейчас ваши дети (или другие зависимые от вас члены семьи)? Находятся ли они в безопасности? Могут ли они пострадать, если вы не вернетесь домой?
- Есть специальные службы, которые помогают женщинам с такими проблемами как у вас. Хотите прямо сейчас обратиться в такую службу?
- Если вы хотите возвратиться домой, давайте твердо договоримся о следующем визите и назначим его. Я дам Вам телефон службы, куда Вы можете обратиться за помощью (телефоны доверия, центры по борьбе с насилием в семье);
- Давайте подумаем, куда Вы сможете пойти, если Вам придется срочно покинуть дом.

При отсутствии серьезных проблем

Информирование пациентки о возможных источниках поддержки в случаях проявления домашнего насилия (телефоны доверия, группы поддержки, центры по борьбе с насилием в семье)

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

Задача 1.

Пациент К., 1928 года рождения. Жалоб активно не предъявляет. Наследственность не отягощена. Образование 7 классов, работал кузнецом, служил в СА. Женат, имеет 1 ребенка. Многократные ЧМТ, злоупотребления алкоголем. В 1978 году лечился в ГПБ с алкогольным психозом. Снижение памяти впервые заметили в 1998 году, обратились к психиатрам в 2002 году. Поддерживающего лечения не принимал. На момент осмотра проживал с женой.

Психический статус: дезориентирован - в личности, во времени, в пространстве. Не знает жену, рассеян, суетлив. Походка медленная, шаркающая. Лицо гипомимично, чмокающие движения губами. Смысл задаваемых вопросов не понимает, путается в квартире, одевается с помощью. Бреда и обманов восприятия не выявлено. Установить диагноз.

Задача 2.

Пациентка С, 1948 года рождения. Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Образование средне - специальное (музыкальное).

Психическое состояние: на момент последнего посещения от 2.10.2001г. года: жалоб нет. Ориентирована. Контакт формальный. Моторно спокойна. Фон настроения ровный. Эмоционально уплощена. Бреда, галлюцинаций нет. Критика к болезни отсутствует.

Дополнительные методы исследования: заключение психолога от 11.04.2001 года: пограничное состояние интеллекта, легкое мнестическое снижение, снижение эмоционального фона, неуравновешенность.

Установить диагноз.

Ответы на ситуационные задачи

Задача 1. Диагноз: Сосудистая деменция. **Задача 2.** Диагноз: Шизофрения (ремиссия). **Задача 7.** Диагноз: Психоорганическое расстройство.

4. Задания для групповой работы

Решить ситуационные задачи

Задача 1.

Пациент К., 1928 года рождения. Жалоб активно не предъявляет. Наследственность не отягощена. Образование 7 классов, работал кузнецом, служил в СА. Женат, имеет 1 ребенка. Многократные ЧМТ, злоупотребления алкоголем. В 1978 году лечился в ГПБ с алкогольным психозом. Снижение памяти

впервые заметили в 1998 году, обратились к психиатрам в 2002 году. Поддерживающего лечения не принимал. На момент осмотра проживал с женой.

Психический статус: дезориентирован - в личности, во времени, в пространстве. Не знает жену, рассеян, суетлив. Походка медленная, шаркающая. Лицо гипомимично, чмокающие движения губами. Смысл задаваемых вопросов не понимает, путается в квартире, одевается с помощью. Бреда и обманов восприятия не выявлено. Установить диагноз.

Задача 2.

Пациентка С, 1948 года рождения. Из анамнеза: наследственность психопатологически неотягощена. Раннее развитие без особенностей. Образование средне - специальное (музыкальное).

Психическое состояние: на момент последнего посещения от 2.10.2001г. года: жалоб нет. Ориентирована. Контакт формальный. Моторно спокойна. Фон настроения ровный. Эмоционально уплощена. Бреда, галлюцинаций нет. Критика к болезни отсутствует.

Дополнительные методы исследования: заключение психолога от 11.04.2001 года: пограничное состояние интеллекта, легкое мнестическое снижение, признали паранояльность, снижение эмоционального фона, неуравновешенность.

Установить диагноз.

Задача 3.

Пациентка М., 1913 года рождения. Активно жалоб не предъявляет.

Анамнез со слов сына: ранее к психиатру не обращалась. Наследственность психопатологически неотягощена. Родилась в Кировской области, младшая из двух детей. Росла, развивалась нормально. В школе не училась. Работала в колхозе. Общий стаж - 40 лет. Живет у сына с 1997 года. С 2000 года снижение памяти, интеллекта. В последний год начала теряться не узнает родных, себя не обслуживает. Наблюдается у терапевта с диагнозом: церебральный атеросклероз, ДЭ III ст. хр. бронхит.

Психический статус: спокойна, контакт малопродуктивен из-за грубых нарушений памяти и интеллекта. Не знает свой возраст, адрес, не узнает сына, не может ответить на самые простые вопросы о своей жизни, профессии. Постоянно собирает все вещи в узелки. Повседневная деятельность с помощью родных. Бредовой продукции не выявлено. Иногда обманы восприятий «под полом кто-то говорит».

Установить диагноз.

Задача 4.

Пациент М., 1963 года рождения.

Из анамнеза: родился в полной семье, беременность у матери протекала с токсокозом. Родился с наложением щипцов, в асфиксии, грудь взял на 7-е сутки. Первые фразы начал произносить с года, ходить начал с 14 месяцев. В детском саду не участвовал в ролевых играх, отставал в психическом развитии, был излишне подвижен. Обучаться по общеобразовательной программе в школе № 71 г.Перми начал своевременно. В связи с неуспеваемостью переведен в коррекционную школу. Левша. В начальных классах посещал логопедические занятия. В 1971-1972 гг. дезадаптирован в школьном коллективе, раздражительно - обидчив, в классе его обижали. С 21.09.1971 года по 19.10.1971 года находился в Пермской городской психиатрической больнице с последствием родовой травмы, шизофрено-подобный синдром. После окончания 7-го класса более нигде не обучался, трудового стажа не имеет.

Физических, неврологических расстройств нет.

Психическое состояние на 1998 год: ориентировка всех видов сохранена. Контакт затруднен из-за речевых нарушений (фонетические). Суждения, осмысление, понятийные возможности, процессы анализа, синтеза, обобщения, усвоения новых абстракций ограничены конкретно-примитивным уровнем. Бреда, галлюцинаций нет. Побуждения ограничены потребительским, примитивным кругом. Эмоционально неустойчив, лабилен, отвлекаем, несдержан. Фон настроения, сон неустойчивы. Себя обслуживает ограничено, критики к болезни нет. Установить диагноз.

Задача 5.

Пациент Е., 1915 года рождения. Анамнез со слов дочери из-за языкового барьера пациента. Родился в Татарстане. Наследственность психопатологически неотягощена. Работал на железной дороге экипировщиком. В школе не обучался, неграмотен. Воевал в Финской и Великой отечественной войне. Во время войны был контужен. После войны вновь вернулся на прежнюю работу и работал там с 1948 по 1975 год до выхода на пенсию. Был женат, имеет 5 детей. Проживал в г.Перми, жена умерла в 2004 году. С октября 2004 года проживает у дочери. Из перенесенных заболеваний: страдает глаукомой, тугоухостью. Около 9 лет назад снизилась память. Со временем мнестические расстройства нарастают. Нуждается в постоянном уходе и наблюдении.

Психический статус: контакт формальный, затруднен из-за пониженного слуха и зрения, языкового барьера. Не знает своего возраста, домашнего адреса, текущего года. Память на текущие события снижена. Расстройств восприятия, бреда нет. Настроение ровное, в поведении спокоен. Сам себя не

обслуживает, нуждается в посторонней помощи, с трудом ориентируется в окружающей обстановке. Установить диагноз.

Задача 6.

Пациент П., 1988 года рождения. Жалобы на невозможности обслуживать себя. Инвалид-ребенок с рождения. Наблюдается неврологом.

Из анамнеза: из полной семьи - единственный ребенок в семье. Беременность и роды физиологические. Со слов матери с рождения отстает в развитии. В школе не обучался, себя не обслуживает.

Психическое состояние: сознание ясное, продуктивному контакту не доступен. Активность в пределах постели. Недоразвитие конечностей. Узнает родственников, может говорить «папа, мам, дай». Интеллект не развит. Сам себя не обслуживает.

Установить диагноз.

Задача 7.

Пациент П., 1962 года рождения.

Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Образование среднее. Впервые обратился к психиатру в 1999 году после стрессовой ситуации с жалобами на раздражительность, снижение памяти. Лечение проводилось амбулаторно: транквилизаторы, ноотропы, сеансы психотерапии. Соматическое состояние удовлетворительное.

Неврологический статус: без очаговой неврологической симптоматики.

Психическое состояние: сознание не нарушено. Ориентирован. Контактен. Моторно спокоен. Многоглаголив. Вязок. Обстоятелен. Ригиден. Настроение не устойчивое, с тенденцией к снижению. Интеллектуальная деятельность в пределах нормы. Мнестические функции умеренно снижены. Бредовых идей и обманов восприятия нет.

Проводилось дополнительное исследование.

Допплерография от 09.06.99 г.

Заключение: гемодинамических нарушений в бассейне общей сонной и позвоночной артерии не обнаружено. Экспериментально-психологическое исследование от 06.09.04 г.: умеренное снижение мнестической деятельности по органическому типу.

Интеллектуальная деятельность в пределах нижней границы возрастной нормы.

Установить диагноз.

Ответы на ситуационные задачи

Задача 3. Диагноз: Сенильный психоз. **Задача 4.** Диагноз: Посттравматический органический синдром. **Задача 5.** Диагноз: Сосудистая деменция. **Задача 6.** Диагноз: Умственная отсталость. **Задача 7.** Диагноз: Психоорганическое расстройство.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по модулю:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанному модулю:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

1. Компетенция ВОП в вопросах психологии.
2. Диагностические методы в психологии.
3. Типы личности. Теории личности.
4. Акцентуации характера.
5. Психопатии и патологическое развитие личности.
6. Расстройства адаптации.
7. Суицидальное поведение.
8. Основы психофармакотерапии.
9. Рациональная психотерапия.
10. Психопрофилактика.
11. Реабилитация.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

001. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) физической истощаемости;
- б) психической истощаемости;
- в) фиксационной амнезии;
- г) аффективной лабильности.

Ответ: (в)

002. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме:

- а) аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения;
- б) повышенной утомляемости и истощаемости;
- в) гиперстезии;
- г) нарушения сознания;
- д) соматовегетативных нарушений.

Ответ: (г)

003. Астенический синдром как последствие черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) проявлений раздражительной слабости;
- б) аффективной лабильности;
- в) явлений «усталости, не ищущей себе покоя»;
- г) ментизма;
- д) головных болей и вегетативных нарушений.

Ответ: (г)

004. Для астенического синдрома при атеросклерозе характерно все перечисленное, исключая:

- а) резко выраженную утомляемость;
- б) утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению;
- в) восстановление работоспособности после продолжительного отдыха;
- г) легкие нарушения сознания в виде обнубиляции;
- д) легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории.

Ответ: (г)

005. Классическая депрессивная триада характеризуется:

- а) эмоциональным торможением;
- б) двигательным торможением;
- в) идеаторным торможением;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

Ответ: (г)

006. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме:

- а) аффекта тоски;
- б) двигательного торможения;
- в) меланхолического раптуса;
- г) идеаторного торможения;
- д) депрессивного содержания мышления.

Ответ: (в)

007. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме:

- а) концентрации мышления на депрессивной фабуле;
- б) затруднения запоминания;
- в) затруднения воспроизведения;
- г) явлений прогрессирующей амнезии;
- д) депрессивного моноидеизма.

Ответ: (г)

008. К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая:

- а) замедление движений;
- б) бедность мимики;
- в) ощущение мышечной слабости;
- г) повышенную чувствительность;
- д) явления депрессивного ступора.

Ответ: (г)

009. К простым вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме:

- а) анестетической депрессии;
- б) тревожной депрессии;
- в) ступорозной депрессии;
- г) депрессии с бредом осуждения;
- д) депрессии с бредом самообвинения.

Ответ: (в)

010. К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме:

- а) ипохондрической депрессии;
- б) депрессии с интерпретативным бредом;
- в) депрессии с бредом ущерба;
- г) депрессии с бредом самоуничижения;
- д) депрессии с чувственным бредом.

Ответ: (г)

011. К соматическим признакам депрессии относятся:

- а) запоры;
- б) похудение;
- в) дисменорея;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

Ответ: (г)

012. К соматическим признакам депрессий могут относиться:

- а) повышение веса;
- б) отсутствие аппетита;
- в) постарение;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

Ответ: (г)

013. Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии:

- а) наличие или отсутствие суточных колебаний настроения;
- б) наличие или отсутствие в аффективных депрессиях компонента *dolorosa*;
- в) депрессивный ступор;
- г) все перечисленные;
- д) ни один из перечисленных.

Ответ: (г)

014. К простым вариантам маниакального синдрома относятся все перечисленные, кроме:

- а) гневливой мании;
- б) веселой мании;
- в) спутанной мании;
- г) мании с чувственным бредом;
- д) непродуктивной мании.

Ответ: (г)

015. К сложным маниям относятся все перечисленные, исключая:

- а) манию с интерпретативным бредом;
- б) манию с чувственным бредом;
- в) спутанную манию;
- г) манию с галлюцинозом;
- д) манию с онейроидом;

Ответ: (в)

016. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления

- а) повышенный аппетит;
- б) нарушение сна;
- в) расторможение влечений;
- г) все перечисленные;
- д) ни одно из перечисленных.

Ответ: (г)

017. Маниакальная триада характеризуется:

- а) повышенным настроением;
- б) ускорением ассоциаций;
- в) двигательным возбуждением;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

Ответ: (г)

018. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая:

- а) гипермнезию;
- б) конфабуляции;
- в) ускорение ассоциаций;
- г) явления отвлекаемости (мысли «скачут»);
- д) идеаторную «спутанность».

Ответ: (б)

019. Признаками гипоманиакального состояния являются:

- а) повышенная активность;
- б) повышение настроения;
- в) нарушение сна;
- г) все перечисленные;
- д) ни один из перечисленных.

Ответ: (б)

020. Обсессивный синдром характеризуется:

а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д., помимо желаний;

- б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним;
- в) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

Ответ: (д)

021. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая:

- а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка);
- б) навязчивый счет;
- в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.;
- г) навязчивое чувство антипатии;
- д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов.

Ответ: (д)

022. Навязчивое чувство антипатии характеризуется:

а) возникающим помимо воли и вопреки действительному отношению чувствам неприязни, ненависти, отвращения к человеку;

- б) возникновением отчаяния из-за подобного чуждого чувства;
- в) невозможностью избавиться от него;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

Ответ: (д)

023. Навязчивые влечения характеризуются всем перечисленным, кроме:

а) появления вопреки разуму, воли и чувству;

б) стремления совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие;

в) острого овладения рассудком, подчиняя себе все поведение больного;

г) возникновения при этом страха, связанного с представлением о возможности подобных действий;

д) возникновения при этом страха, связанного также с непонятностью появления нужды в навязчивых действиях.

Ответ: (в)

024. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного;
- б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним;
- в) наличия конкретного содержания;
- г) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности;
- д) возможности быть всеохватывающим.

Ответ: (д)

025. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая:

- а) назойливую неуверенность в правильности и законности совершенных действий;
- б) сомнение в правильности и точности исполнения;
- в) стремление проводить перепроверки;

г) успокоение больного многократными проверками;

д) возможность продолжаться до бесконечности.

Ответ: (г)

026. Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме:

а) неустранимой вопреки воле и рассудку неуверенности в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий;

б) ощущения воздействия посторонней силы;

в) отношения к образным (чувственным) навязчивостям;

г) близости к навязчивым сомнениям;

д) возможности действительного нарушения соответствующих как произвольных, так и непроизвольных действий.

Ответ: (в)

027. К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме:

а) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями;

б) действия, совершаемого под воздействием чужой воли;

в) имеющих значение заклинаний, защиты;

г) воспроизводимых вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья или преодоления другого вида навязчивости.

Ответ: (б)

28. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:

а) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности;

б) нарушения сознания;

в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я;

г) расстройства самосознания витальности и активности;

д) расстройства самосознания целостности.

Ответ: (г)

029. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая:

а) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей;

б) восприятие окружающей обстановки как безжизненной;

в) блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя;

г) ощущение наблюдения себя как бы со стороны;

Ответ: (г)

030. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, кроме:

а) ощущения нереальности окружающего;

б) отчуждения мыслей, отчуждения чувств;

в) отчуждения действий, поступков;

г) отчуждения представлений, воспоминаний;

д) восприятия их как искусственно созданных воздействием извне.

Ответ: (д)

031. В самых тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, исключая:

а) утрату чувственного восприятия предметов;

б) феномен расщепления Я;

в) утверждение, что существуют два несогласных Я;

г) утверждение, что каждое из этих Я по-разному воспринимает окружающее, думает, действует;

д) ощущение, что подобное расщепление происходит под воздействием внешних сил.

Ответ: (д)

032. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относятся:

а) чувство отчуждения своего голоса;

б) ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими;

в) наблюдение за своими действиями как бы со стороны;

г) все перечисленные;

д) ни одно из перечисленных.

Ответ: (г)

033. К расстройству самосознания витальности относится все перечисленное, кроме:

а) снижения или исчезновения чувства собственной жизненности;

б) понижения восприимчивости внешних раздражителей;

- в) ослабления переживания телесной жизнедеятельности (в легких случаях);
- г) утраты чувства, что живут, что есть (в тяжелых случаях);
- д) ослабления физического благополучия, тонуса телесного существования.

Ответ: (в)

034. К расстройству самосознания целостности относится все перечисленное, кроме:

- а) ощущения расстройства «схемы тела» (увеличения и смещения)
- б) нарушения осознания себя как единого неразрывного целого
- в) возникновения переживания внутреннего распада, раздвоения, вызывающего панический страх
- г) сосуществования двух несогласованных Я, находящихся в постоянном противоречии
- д) возможности отчуждения частей собственного тела

Ответ: (г)

035. К расстройству границ самосознания относится все перечисленное, исключая:

- а) ослабление вплоть до полного исчезновения границ Я и не Я;
- б) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между миром внутренним и внешним;
- в) появление полного равнодушия, безучастия ко всему окружающему;
- г) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между реальностью и образами, созданными акустическим миром больных.

Ответ: (г)

036. К расстройству идентичности самосознания относится все перечисленное, исключая:

- а) неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента;
- б) прекращение осознания себя, кто Я;
- в) в легких случаях - ощущение отдаленности своего Я;
- г) в тяжелых случаях - исчезновение уверенности «Я есть, Я сам»;
- д) дезориентировку в ситуации.

Ответ: (в)

037. Дерееализация характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства;
- б) чувства призрачности окружающего;
- в) восприятия внешнего мира призрачным, неотчетливым;
- г) утраты чувства действительности;
- д) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей.

Ответ: (в)

038. Дерееализационные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме:

- а) ослабления олицетворения неодушевленных предметов (окружающее лишено эмоционального резонанса, безжизненно, мертво);
- б) неспособности определять год, месяц, число, время года, день недели;
- в) восприятия окружающего зловеще-настороженным, мистически таинственным, необычно радостным;
- г) возникновения ощущения, что рядом кто-то находится, непосредственно переживается, с одновременным осознанием ошибочности возникающего чувства;
- д) нарушения способности восприятия в виде невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего.

Ответ: (в)

039. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:

- а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела;
- б) необычности, вычурности ощущений;
- в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин;
- г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами;
- д) восприятия, искажения формы и величины своего тела.

Ответ: (д)

040. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая:

- а) чрезмерно утрированное внимание к здоровью;
- б) убежденность в существующем заболевании;
- в) подавленное настроение с сенестопатиями и мыслями о неизлечимой болезни;
- г) бредовую убежденность в существовании несуществующей болезни;
- д) разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения.

Ответ: (д)

041. Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме:

- а) твердой убежденности в некоем заболевании;
- б) убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т.д.;
- в) наличия системы доказательств заболевания;
- г) упорного требования обследования;
- д) проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения.

Ответ: (д)

042. Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме:

- а) припадка с клонической и тонической фазой;
- б) разнообразных сложных, выразительных движений;
- в) сопровождающегося помрачением сознания;
- г) психогенной обусловленности;
- д) усиления и затягивания при скоплении людей вокруг.

Ответ: (а)

043. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая:

- а) приступы рыдания и хохота;
- б) патетическую жестикуляцию;
- в) секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц;
- г) чувство дурноты, учащенное дыхание;
- д) беспорядочные движения конечностями.

Ответ: (в)

044. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая:

- а) функциональные парезы и параличи;
- б) явления астазии-абазии;
- в) различные гиперкинезы и тики;
- г) психогенную слепоту;
- д) блефароспазм, афонию и мутизм.

Ответ: (а)

045. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме:

- а) концентрического сужения полей зрения;
- б) психогенной слепоты (амавроза);
- в) утраты слуха;
- г) гипестезии и анестезии участков тела;
- д) наличия характера сделанности этих расстройств.

Ответ: (д)

046. Истерические нарушения зрения характеризуются всем перечисленным, кроме:

- а) отсутствия изменений границ на красный цвет при концентрическом сужении полей зрения;
- б) острого возникновения, наличия явной или скрытой связи с психогенией;
- в) отсутствия нарушения пространственной ориентировки;
- г) сохранения реакции на свет;
- д) изменений на глазном дне.

Ответ: (д)

047. При истерической полной утрате слуха наблюдается все перечисленное, кроме:

- а) сохранения реакции на невербальные звуки и шумы;
- б) наличия замыкания глазных щелей при интенсивном внезапном звуке;
- в) нарушения барабанной перепонки;
- г) сужения зрачков при громких звуках;
- д) наличия гипестезии (анестезии) ушных раковин.

Ответ: (в)

048. Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме:

- а) возникновения в памяти всего периода истерического изменения сознания;
- б) расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку;

- в) чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных;
- г) звучания психотравмирующей ситуации;
- д) возможности возникновения нестойких бредаподобных идей.

Ответ: (г)

049. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме:

а) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов;

б) приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места;

в) наличия выраженного аффективного напряжения;

г) склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать;

д) целиком ошибочных, неправильных умозаключений.

Ответ: (а)

050. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме:

а) несоответствия действительности;

б) доступности исправления, устранения путем убеждения;

в) искажения отражения действительности;

г) полного овладения сознанием;

д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью.

Ответ: (б)

051. Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте:

а) подростковом;

б) зрелом;

в) старческом;

г) одинаково во всех возрастных группах.

Ответ: (г)

052. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме:

а) неврозоподобных расстройств

б) бредовых расстройств

в) галлюцинаторно-бредовых расстройств

г) судорожного синдрома

д) верно а) и г)

Ответ: (д)

053. Специфическими, встречающимися только при шизофрении являются следующие расстройства:

а) синдром Кандинского – Клерамбо;

б) псевдогаллюцинации;

в) интерпретативный бред;

г) все перечисленные;

д) ничего из перечисленного.

Ответ: (г)

054. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме:

а) снижения энергетического потенциала;

б) эмоционального обеднения;

в) нарастающей интравертированности;

г) утраты единства психических процессов;

д) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов.

Ответ: (д)

055. Для мышления больных шизофренией характерно:

а) замедление ассоциативного процесса;

б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления;

в) обстоятельность;

г) ускорение ассоциативного процесса;

д) все перечисленное.

Ответ: (д)

056. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно:

а) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций;

б) неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций;

в) раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие;

г) все перечисленное;

д) ничего из перечисленного.

Ответ: (г)

057. Внешнему виду больных шизофренией свойственны:

- а) неадекватная мимика;
- б) исчезновение вазомоторных реакций;
- в) «стальной» блеск глаз;
- г) замедленность или ускоренность пантомимики;
- д) верно а) и б).

Ответ: (д)

058. Основными формами течения шизофрении являются все перечисленные, кроме:

- а) параноидной;
- б) вялотекущей;
- в) кататонической;
- г) приступообразно-прогредиентной;
- д) рекуррентной.

Ответ: (д)

059. Для всех непрерывнотекущих форм шизофрении характерно:

- а) острое, внезапное начало;
- б) развитие негативных расстройств только после появления продуктивной симптоматики;
- в) выраженные аффективные фазы;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

Ответ: (г)

060. Для непрерывнотекущих форм шизофрении характерно развертывание всех перечисленных синдромов, кроме:

- а) неврозоподобных;
- б) бредовых;
- в) галлюцинаторных;
- г) кататонических;
- д) аффективных (психические депрессии, мании).

Ответ: (а)

061. К олигофрениям относят:

- а) только врожденное слабоумие;
- б) приобретенное слабоумие с полным распадом психической деятельности;
- в) только рано приобретенное слабоумие без признаков распада психической деятельности;
- г) врожденное и рано приобретенное слабоумие с признаками недоразвития психики в целом, но преимущественно – интеллекта;
- д) приобретенное в различные сроки жизни слабоумие с преимущественным поражением интеллектуальной сферы.

Ответ: (а)

062. Термин «умственная отсталость»:

- а) тождествен термину «олигофрения»;
- б) тождествен термину «деменция»;
- в) тождествен термину «рано приобретенное слабоумие»;
- г) объединяет случаи олигофрении и рано возникшей деменции;
- д) объединяет случаи деменции, возникшей в раннем детстве и в пубертате.

Ответ: (а)

063. Олигофрения является заболеванием, характеризующимся недоразвитием:

- а) психики (преимущественно интеллекта);
- б) личности;
- в) всего организма больного;
- г) всего перечисленного;
- д) верно а) и б).

Ответ: (д)

064. При олигофрении возможно все перечисленное, кроме:

- а) признаков прогредиентности;
- б) эволютивной динамики;
- в) периодов декомпенсации под влиянием возрастных кризов;
- г) периодов компенсации;
- д) периодов декомпенсации под влиянием психических факторов.

Ответ: (а)

065. К олигофрениям могут быть отнесены:

- а) врожденные или возникающие в детстве прогрессирующие заболевания, ведущие к слабоумию;
- б) остаточные явления органического поражения головного мозга с деменцией;
- в) вторичные задержки развития, обусловленные физическими дефектами;
- г) все перечисленные утверждения;
- д) ни одно из перечисленных утверждений.

Ответ: (г)

066. К препаратам, способствующим развитию депрессии, относятся:

- а) барбитураты;
- б) кортикостероиды;
- в) индометацин;
- г) β -адреноблокаторы;
- д) все ответы верные.

Ответ: (д)

067. Диагностика депрессии основывается на следующих симптомах:

- а) снижение витального тонуса;
- б) пессимистическое настроение;
- в) нарушение сна;
- г) суицидальные мысли;
- д) все ответы верные.

Ответ: (д)

068. Одним из самых частых в клинике неврозов является:

- а) сатенический синдром;
- б) депрессивный синдром;
- в) вегетативный синдром;
- г) ипохондрический синдром;
- д) обсессивный синдром.

Ответ: (а)

069. К эмоциональным расстройствам относят:

- а) тревогу;
- б) страх;
- в) апатию;
- г) панику;
- д) все ответы верные.

Ответ: (д)

070. Этиологические факторы олигофрении в зависимости от времени воздействия разделяются:

- а) на наследственные;
- б) на внутриутробные;
- в) на перинатальные и первых 3 лет жизни;
- г) на все перечисленные;
- д) все перечисленное неверно.

Ответ: (г)

071. Классификация пограничных состояний включает:

- а) психопатии;
- б) реактивные состояния и психозы;
- в) неврозы;
- г) все перечисленное;
- д) верно а) и в).

Ответ: (г)

072. Для психопатий характерно:

- а) стойкие аномалии личности;
- б) дисгармония эмоционально-волевой сферы;
- в) преобладание своеобразного, преимущественно аффективного мышления;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

Ответ: (г)

073. Видами дизонтогенеза являются:

- а) искаженное, асинхронное развитие;

- б) запаздывающее развитие;
 - в) акселерация;
 - г) верно а) и б);
 - д) все перечисленные.
- Ответ: (г)

074. Для психического инфантилизма при психопатии характерно все перечисленное, кроме того, что он:

- а) носит парциальный характер;
 - б) выявляется в преобладающей роли незрелости мышления аффективной сферы;
 - в) характеризуется наличием незрелости, несамостоятельности, необходимости поддержки;
 - г) выявляется появлением оппозиции, псевдосамостоятельности;
 - д) носит тотальный характер.
- Ответ: (г)

075. К особенностям психопатических личностей относится все перечисленное, кроме:

- а) слабости самообладания, самоконтроля;
- б) наличия аффективных колебаний;
- в) тенденции к возникновению реактивных состояний при трудностях;
- г) недостаточной способности приводить манеру своего поведения к меняющимся условиям внешней среды;
- д) эндогенных, внешне не мотивированных сдвигов.

Ответ: (г)

076. Основными характерными признаками психопатий по П.Б.Ганнушкину являются:

- а) тотальность характерологических нарушений;
- б) стойкость характерологических нарушений;
- в) выраженность до степени изменения социальной адаптации;
- г) все перечисленные;
- д) ни один из перечисленных.

Ответ: (г)

077. Общие признаки аффективных психопатий включают:

- а) синтонность, общительность
- б) свободное проявление чувств
- в) естественность и понятность эмоций
- г) преобладание одного фона настроения либо лабильность, неустойчивость его;
- д) все перечисленное.

Ответ: (д)

078. Признаками гипертимической психопатии являются все перечисленные, кроме:

- а) наличия аффективной лабильности;
- б) постоянно повышенного настроения;
- в) безудержного оптимизма;
- г) общительности, говорливости, подвижности, оживленности;
- д) приподнятости и беззаботности, которые так велики, что происходит нивелировка нюансов эмоциональных реакций.

Ответ: (а)

079. Признаками гипертимической психопатии являются все перечисленные, кроме:

- а) все принимается «в розовых тонах»;
- б) серьезной этической позиции;
- в) неспособности к серьезному глубокому состраданию;
- г) беззаботного отношения к жизни, гедонизма, поиска удовольствий;
- д) преобладания низших влечений и бесконтрольности их.

Ответ: (б)

080. Признаками гипертимической психопатии являются:

- а) энергичность, предприимчивость, неутомимость;
- б) деятельность распыления (жажда деятельности и отсутствие постоянства);
- в) богатство идей превращается в пустое прожектерство;
- г) легкая отвлекаемость, недостаток выдержки, недисциплинированность;
- д) все перечисленные.

Ответ: (д)

081. Понятие «первичное патологическое влечение к алкоголю» соответствует утверждению:

- а) активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации;
- б) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации;
- в) неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы;
- г) стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абузуса.

Ответ: (в)

082. Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают все перечисленное, кроме:

- а) изменения суждений больного;
- б) направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер;
- в) доминирующего характера поведения;
- г) формирования жизненных позиций под влиянием влечения;
- д) сохранения критики к своему состоянию и окружающему миру.

Ответ: (г)

083. Наиболее характерными соматовегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, кроме:

- а) ощущения общего недомогания, слабости;
- б) изменения аппетита;
- в) ощущения жажды;
- г) потливости;
- д) уменьшения частоты курения.

Ответ: (д)

084. Наиболее часто встречающимися при актуализации патологического влечения к алкоголю признаками изменения психического состояния являются все перечисленные, кроме:

- а) неустойчивости настроения;
- б) нарушения сна, появления в сновидениях алкогольной тематики;
- в) повышения истощаемости;
- г) беспричинной напряженности, затруднений при попытке расслабиться;
- д) переключения интересов на занятия типа «хобби».

Ответ: (д)

085. Для симптома ситуационно обусловленного первичного влечения к алкоголю характерно все перечисленное, кроме:

- а) появления на начальных стадиях заболевания;
- б) связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношение к профессиональной деятельности);
- в) оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя;
- г) невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм.

Ответ: (г)

086. Для симптома спонтанно возникающей первичной патологической борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:

- а) влечения, которое осознается больным со всей определенностью;
- б) появления на этапе I—II, II ст. заболевания;
- в) попыток больного бороться с желанием выпить;
- г) постоянного присутствия в структуре влечения сенестопатических расстройств (чувство вкуса водки, жжение в области желудка).

Ответ: (а)

087. Для симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:

- а) неосознаваемости больным влечения;
- б) появления во II стадии болезни;
- в) способности предотвратить развитие эксцесса с помощью этических моментов;
- г) раздражительности перед алкогольным эксцессом, колебаний настроения.

Ответ: (в)

088. Для актуализации симптома спонтанно возникающего первичного влечения без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:

- а) появления уверенности в возможности «нормальной выпивки»;
- б) оживления в ответ на алкогольные раздражители;
- в) поиска ситуаций, связанных с употреблением алкоголя;

- г) изменения аппетита;
- д) ощущения внутренней физической тяжести.

Ответ: (а)

089. Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости верно все перечисленное, кроме:

- а) спонтанного возникновения;
- б) реализации вслед за возникновением;
- в) появления преимущественно у больных с астеническими характерологическими чертами в преморбиде;
- г) интенсивности, подобной голоду или жажде;
- д) формирования во II-III и III стадиях заболевания.

Ответ: (д)

090. Симптому первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости предшествуют все перечисленные признаки, исключая:

- а) отчетливое желание выпить;
- б) ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке;
- в) злобность, агрессивность больного при появлении препятствий к приему алкоголя;
- г) тревогу, ожидание беды, неприятностей;
- д) утрату на этот период каких-либо морально-этических норм.

Ответ: (г)

091. К условиям патогенетической терапии психотропными средствами относятся:

- а) клиническая обоснованность и дифференцированный подход к назначению препаратов;
- б) интенсивность наращивания психотропных средств в процессе лечения;
- в) контроль терапии в динамике;
- г) все перечисленное;
- д) верно а) и в).

Ответ: (г)

092. Патогенетическая терапия психотропными средствами основана:

- а) на комплексности терапии (постоянном сочетании медикаментозного лечения с психотерапией, другими мерами соматоневрологического лечебного воздействия);
- б) на непрерывности терапевтического воздействия с преемственностью между стационарным и внебольничным лечением;
- в) на единстве медикаментозного и социально-трудового воздействия;
- г) на всем перечисленном;
- д) ни на чем из перечисленного.

Ответ: (г)

093. К условиям патогенетической терапии психотропными средствами относятся:

- а) клиническая обоснованность назначения препаратов;
- б) дифференцированный подход к назначению препаратов;
- в) контроль терапии в динамике;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

Ответ: (г)

094. Среди психотропных препаратов выделяют:

- а) психолептики;
- б) психоаналептики;
- в) психодизлептики;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

Ответ: (г)

095. Психолептики включают:

- а) нейролептики;
- б) транквилизаторы;
- в) нормотимики;
- г) все перечисленное;
- д) верно а) и в).

Ответ: (г)

096. Психоаналептики включают:

- а) антидепрессанты;
- б) ноотропы;
- в) психостимуляторы;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

Ответ: (г)

097. Нейролептические препараты (нейролептики) делятся:

а) на фенотиазиновые производные с алифатической, пиперидиновой или пиперазиновой боковой цепью;

- б) на бутирофеноны;
- в) на тиоксантены;
- г) на все перечисленные;
- д) ни на что из перечисленного.

Ответ: (г)

098. Нейролептические препараты (нейролептики) делятся:

- а) на клозепины;
- б) на алколоиды раувольфии;
- в) на производные дифенилбутилпиперидина;
- г) на все перечисленные;
- д) верно б) и в).

Ответ: (г)

099. Транквилизаторы включают все перечисленное, кроме:

- а) производных пропандиола (меробамат);
- б) производных триметоксибензойной кислоты (триоксазин);
- в) дифенилметана (амизил);
- г) ингибиторов моноаминоксидазы;
- д) производных бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам и др.).

Ответ: (г)

100. Нормотимики включают все перечисленные соли лития, кроме:

- а) карбоната лития;
- б) сульфата лития;
- в) ацетата лития;
- г) оксибутирата лития;
- д) финлепсина.

Ответ: (д)

101. Наиболее острыми формами реактивных психозов, возникающими с внезапными, чрезмерными по силе потрясениями, являются:

- А) аффективно-шоковые реакции;
- Б) депрессивные реактивные психозы;
- В) реактивные параноиды;
- Г) истерические реактивные психозы;
- Д) патологический аффект.

Ответ: (А)

102. Разновидностями реактивных депрессивных синдромов являются депрессии:

1. простая (меланхолическая);
2. истерическая;
3. астеническая;
4. ипохондрическая.

А)	если	правильны	ответы	1,	2	и.3;
Б)	если	правильны	ответы	1	и	3;
В)	если	правильны	ответы	2	и	4;
Г)	если	правильный	ответ			4;
Д)	если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.					

Ответ: (А)

103. К реактивным бредовым психозам относят:

1. Психозы в условиях тюремной изоляции (галлюцинаторно-бредовые);
2. железнодорожные параноиды;

3. параноиды военного времени;
4. алкогольный психоз.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

104. Психогенная природа психического расстройства определяется:

1. наличием психической травмы;
2. отражением в фабуле психопатологических переживаний психической травмы;
3. уменьшением выраженности психопатологических симптомов и их обратимостью;
4. наличием черепно-мозговой травмы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

105. К психогенным психическим расстройствам относят:

1. неvroзы;
2. психопатии;
3. реактивные психозы;
4. нейро-циркуляторную дистонию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

106. Неотложная помощь при психогенных реакциях и психозах включает:

1. применение транквилизаторов перорально;
2. применение транквилизаторов и нейролептиков внутримышечно;
3. применение солей лития и карбамазепина;
4. необходимость удержания больного, включая иммобилизацию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

107. Для купирования возбуждения при реактивных психозах возможно внутримышечное введение:

1. диазепам;
2. мелипрамина;
3. аминазина;
4. трамала.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

108. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно:

1. аффективная лабильность;
2. гиперестезия;
3. повышенная утомляемость;
4. сомато-вегетативные расстройства.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

109. Навязчивый страх (фобия) характеризуется:

1. пониманием его бессмысленности, попытками справиться с ним;
2. наличием конкретного содержания;
3. интенсивностью и непреодолимостью;
4. когнитивными расстройствами.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

110. Сенестопатии характеризуются:

1. тягостными разнообразными ощущениями в различных частях тела;
2. необычностью, вычурностью ощущений;
3. отсутствием констатируемых соматическими методами исследования причин;
4. расстройствами местного кровообращения.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

111. Истерический припадок проявляется:

1. сложными, выразительными движениями;
2. помрачением сознания;
3. психогенной обусловленностью;
4. усилением и затягиванием в присутствии других людей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

112. Малые истерические припадки характеризуются:

1. приступами рыдания и хохота;
2. патетической жестикуляцией;
3. учащенным дыханием;
4. беспорядочным движением конечностей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

113. Нервная анорексия - это состояние:

1. возникающее чаще в пожилом возрасте и сопровождающееся отказом от приема пищи в связи с убежденностью в недоброкачественности пищи;
2. проявляющееся в сознательном упорном ограничении пищи вплоть до отказа с целью похудения;
3. сопровождающееся отказом от приема пищи в связи с убежденностью в наличии заболевания органов пищеварения;
4. возникающее чаще в подростковом возрасте, преимущественно у девушек.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

114. Невротическая депрессия характеризуется:

1. отражением психотравмирующей ситуации;
2. “бегством в работу”;
3. волнообразностью течения;
4. психогенным возникновением.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

115. Невротические вегетативные кризы характеризуются:

1. связью с эмоциональным напряжением;
2. продолжительностью не более 1-2 минуты, стереотипностью;
3. преобладанием симпатико- или парасимпатикотонии;
4. высокими цифрами артериального давления.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

116. Для невротической головной боли нервно-мышечного типа характерно:

1. локализация боли только в затылочной области;
2. болезненность кожи головы;
3. чувство переливания, шевеления внутри головы;
- 4 ощущение сдавливания, стягивания, “каска”.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

117. Невротические кардиалгии характеризуются:

1. разнообразными болевыми ощущениями в сердце, чаще с локализацией в области верхушки,
2. появлением при физической нагрузке резкой боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку;
3. большей эффективностью седативов и психотерапии, чем спазмолитиков и нитратов
4. однотипностью болевых ощущений.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

118. Невротические нарушения сердечного ритма характеризуются:

1. возникновением бради- и тахикардии;
2. связью с эмоциональным напряжением, усилением в покое в условиях сосредоточения на своих ощущениях;
3. субъективными ощущениями удара сердца о грудную клетку;
4. экстрасистолической аритмией с чувством “замирания” и “перебоев”.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

119. Невротические нарушения ритма дыхания характеризуются:

1. утратой чувства полно ценности вдоха с форсированными дыхательными движениями;
2. экспираторной одышкой со свистящими хрипами в легких;
3. гипервентиляцией с тошнотой и головокружением, постоянным контролем за дыханием;
4. появлением одышки только при физической нагрузке.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

120. Невротические нарушения пищевода характеризуются:

1. чувством жжения за грудиной при наклоне вперед, поднятии тяжести;
2. ощущением сжатия, инородного тела в пищеводе перед приемом пищи;
3. тревогой, страхом перед едой, ипохондричностью больного;
4. спазмом пищевода с задержкой пищевой массы, неприятными ощущениями за грудиной.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

Рекомендуемая литература:

Основная:

2. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

Дополнительная:

2. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

РАЗДЕЛ «Внутренние болезни»

Подраздел 1 «Болезни органов дыхания»

Тема 1 «Факторы риска заболеваний/состояний органов дыхания»;

Тема 2 «Диагностика заболеваний органов дыхания»;

Тема 3 «Состояния/заболевания органов дыхания встречающиеся в ОВП»;

Тема 4 «Поражения бронхолегочной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем»;

Тема 5 «Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов дыхания в ОВП».

Тема 6 «Неотложные состояния».

Цель: к концу обучения раздела «Болезни органов дыхания» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, чтобы эффективно оказывать помощь пациентам с заболеваниями органов дыхания в разные возрастные периоды.

Задачи:

1. Обучить проведению полного клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями органов дыхания в условиях ОВП
2. Рассмотреть распространенность основных состояний/заболеваний органов дыхания в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Изучить проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях органов дыхания и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Уметь устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния органов дыхания, и их семьями в условиях ОВП
5. Уметь организовать помощь пациентам с заболеваниями/состояниями органов дыхания наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

Обучающийся должен знать:

В пределах контекста первичной медицинской помощи для каждой проблемы/состояния/заболевания органов дыхания нужно знать следующие области:

- этиологию и патогенез распространенных синдромов и заболеваний
- естественное течение острых и хронических состояний/заболеваний
- распространенность состояний/заболеваний в популяции и в различных половозрастных группах
- типичные и нетипичные проявления и осложнения у взрослых, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста, беременных
- факторы риска
- особенности диагностики
- лечение – начальное, неотложное, непрерывное
- критерии для направления к амбулаторным специалистам и в стационар

1. Нормальная анатомия и физиология бронхо-легочной системы в различные возрастные периоды
2. Факторы риска заболеваний/состояний органов дыхания
 - 2.1. Курение
 - 2.2. Генетическая предрасположенность
 - 2.3. Экология
 - 2.4. Профессиональные вредности
 - 2.5. Вирусные респираторные инфекции
 - 2.6. Аллергены и ирританты
- 2.7. Алкоголизм
- 2.8. Длительный постельный режим
- 2.9. Питание
3. Состояния/заболевания органов дыхания встречающиеся в ОВП.
 - 3.1. Основные симптомы и синдромы
 - 3.1.1. Бронхообструктивный синдром
 - 3.1.2. Одышка
 - 3.1.3. Кашель
 - 3.1.4. Кровохарканье
 - 3.1.5. Синдром апноэ во время сна
 - 3.1.6. Плевральный синдром (синдром наличия жидкости/воздуха в плевральной полости)

- 3.1.7. Синдром гипервоздушности легких
- 3.1.8. Синдром легочного уплотнения
- 3.1.9. Легочная гипертензия
- 3.1.10. Дыхательная недостаточность
- 3.2. Основные заболевания органов дыхания
- 3.2.1. Пневмония
 - 3.2.1.1. Внебольничная
 - 3.2.1.1.1. типичная
 - 3.2.1.1.2. атипичная
 - 3.2.1.2. Нозокомиальная (госпитальная)
 - 3.2.1.3. При наличии сопутствующих заболеваний/состояний
- 3.2.2. Бронхиальная астма
 - 3.2.2.1. экзогенная
 - 3.2.2.2. эндогенная
- 3.2.3. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)
- 3.2.4. Хронический бронхит
 - 3.2.4.1. обструктивный
 - 3.2.4.2. необструктивный
- 3.2.5. Эмфизема легких
 - 3.2.5.1. Первичная (тип А)
 - 3.2.5.2. Вторичная (тип В)
- 3.2.6. Интерстициальные заболевания легких
 - 3.2.6.1. экзогенные аллергические альвеолиты
 - 3.2.6.2. токсические
 - 3.2.6.3. инфекционные (вирусные, микоплазменные, грибковые)
 - 3.2.6.4. идиопатический фиброзирующий альвеолит
- 3.2.7. Острый бронхит и трахеит
- 3.2.8. Заболевания плевры
 - 3.2.8.1. плеврит
 - 3.2.8.2. фиброторакс
 - 3.2.8.3. пиоторакс
 - 3.2.8.4. опухоли плевры
- 3.2.9. Опухоли органов дыхания
 - 3.2.9.1. доброкачественные
 - 3.2.9.2. злокачественные
 - 3.2.9.3. метастатические
 - 3.2.9.4. паранеопластические синдромы
- 3.2.10. Профессиональные заболевания легких
 - 3.2.10.1. Силикоз
 - 3.2.10.2. Асбестоз
 - 3.2.10.3. Легкое фермера (сельскохозяйственных рабочих)
- 3.2.11. Гнойные заболевания легких
 - 3.2.11.1. Бронхоэктазы
 - 3.2.11.1.1. Бронхоэктатическая болезнь
 - 3.2.11.1.2. Вторичные бронхоэктазы
 - 3.2.11.2. Абсцесс легкого
 - 3.2.11.2.1. острый
 - 3.2.11.2.2. хронический
 - 3.2.12. Саркоидоз
 - 3.2.12.1. с поражением легких
 - 3.2.12.2. внутригрудных лимфоузлов
 - 3.2.12.3. внелегочные поражения
- 4. Поражения бронхолегочной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем
 - 4.1. диффузные заболевания соединительной ткани
 - 4.2. деформации грудной клетки
 - 4.3. системные инфекции
 - 5. Болезни органов дыхания у детей

- 5.1. Бронхиолиты
- 5.2. Муковисцидоз легочная форма
- 5.3. Врожденные аномалии бронхо-легочного аппарата
6. Неотложные состояния
 - 6.1. Тромбоэмболия легочной артерии
 - 6.2. Острая дыхательная недостаточность
 - 6.3. Легочное кровотечение
 - 6.4. Астматический статус
 - 6.5. Пневмоторакс
 - 6.5.1. открытый
 - 6.5.2. закрытый
 - 6.5.3. клапанный
 - 6.6. Ингаляционные повреждения органов дыхания
 - 6.7. Аспирация инородного тела
 - 6.8. Респираторный дистресс-синдром
7. Диагностика заболеваний органов дыхания
 - 7.1. Клиническое обследование (опрос, физикальный осмотр)
 - 7.2. Неинвазивные методы исследования органов дыхания
 - 7.2.1. Спирография
 - 7.2.2. Пикфлоуметрия
 - 7.2.3. Рентгенография/флюорография грудной клетки
 - 7.2.4. Фармакологические дыхательные тесты
 - 7.2.5. Компьютерная томография
 - 7.2.6. Оксигенометрия
 - 7.2.7. Радиоизотопные методы исследования
 - 7.2.8. Лабораторные методы исследования
 - 7.2.8.1. Цитологический, бактериологический и общий анализ мокроты
 - 7.2.8.2. Исследование плевральной жидкости
 - 7.3. Инвазивные методы исследования (показания, противопоказания, осложнения, диагностическая ценность)
 - 7.3.1. Фибробронхоскопия с биопсией
 - 7.3.2. Торакоскопия с биопсией
 - 7.3.3. Пункция плевральной полости
 - 7.3.4. Торакотомия с биопсией
8. Хирургическое лечение заболеваний органов дыхания (показания, влияние на течение и прогноз, до- и послеоперационное амбулаторное ведение пациентов)
9. Клиническая фармакология. Основные группы лекарственных препаратов:
 - 9.1. Бронходилататоры
 - 9.1.1. Адреностимуляторы
 - 9.1.2. Теофиллин
 - 9.1.3. Селективные антихолинэргические
 - 9.2. Противовоспалительные
 - 9.2.1. Глюкокортикостероиды
 - 9.2.1.1. Системные
 - 9.2.1.2. Селективные (аэрозоли)
 - 9.2.2. Ингибиторы дегрануляции тучных клеток
 - 9.2.2.1. Кромолин
 - 9.2.2.2. Недокромил
 - 9.3. Антагонисты лейкотриенов
 - 9.4. Антибиотики. Основные группы.
 - 9.5. Муколитики и отхаркивающие препараты
 - 9.6. Противокашлевые препараты
 - 9.7. Разделатели специфического и неспецифического иммунитета
 - 9.8. Альфа 1-антитрипсин
10. Немедикаментозные методы лечения
 - 10.1. Элиминационная и гипоаллергенная диета
 - 10.2. Гипоаллергенная среда
 - 10.3. Кислородотерапия, в том числе длительная

- 10.4. ЛФК, включая дыхательную гимнастику
- 10.5. Физиотерапия
- 11. Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов дыхания в ОВП
 - 11.1. Немедикаментозная
 - 11.1.1. Питание, включая гипоаллергенную диету
 - 11.1.2. Гипоаллергенная среда
 - 11.1.3. Физическая активность
 - 11.2.4. Контроль пикфлоуметрии
- 11.2. Вакцинация против:
 - 11.2.1. гриппа
 - 11.2.2. пневмококковой инфекции
- 12. Реабилитация
 - 12.1. ЛФК
 - 12.2. Физиотерапия
 - 12.3. Психотерапия
 - 12.4. Санаторно-курортное лечение
- 13. Паллиативная помощь пациентам со злокачественными новообразованиями органов дыхания
- 14. Психосоциальные проблемы
 - 14.1. Социальная адаптация
 - 14.2. Изменения в семье, имеющей больного с заболеваниями органов дыхания
 - 14.3. Половая жизнь при заболеваниях органов дыхания

Обучающийся должен уметь:

применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов, имеющих проблемы/состояния/заболевания органов дыхания, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Навыками по истории пациента, имеющего бронхо-легочную патологию:

Опроса (жалобы, анамнез)

Исследования дыхательной системы (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация легких)

Навыками лабораторных исследований:

Взятием и приготовлением мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования мокроты

Интерпретацией исследований мокроты (общего, бактериологического, цитологического)

Интерпретацией исследования плевральной жидкости

Методами диагностики, выполнения процедуры/манипуляции:

Пункцией плевральной полости

Методикой чтения рентгенограмм органов грудной клетки

Методикой снятия и анализа спирограмм

Проведением пневмотахометрии

Проведением пикфлоуметрии

Использованием ингаляторов и небулайзеров

Кислородотерапией

Интерпретацией ингаляционных тестов с бронходилататорами

Навыками оказания неотложной помощи пациентам с состояниями/заболеваниями органов дыхания:

Острая дыхательная недостаточность

Тромбоэмболия легочной артерии

Легочное кровотечение
Астматический статус
Пневмоторакс
Ингаляционные повреждения органов дыхания
Аспирация инородного тела
Респираторный дистресс-синдром

Методикой ведения пациентов после выписки из стационара с заболеваниями органов дыхания, включая хирургические вмешательства:

Навыками консультации:

Обучение пациента использованию пикфлоуметра для самоконтроля бронхообструкции

Обучение пациента использованию ингаляторов и небулайзера

Методикой профилактических рекомендаций пациенту с состояниями/заболеваниями органов дыхания:

Здоровый образ жизни

Табакокурение

Назначение физических нагрузок

Питание

Сексуальная функция

Медикаментозная профилактика заболеваний органов дыхания и их осложнений

Консультирование семьи, имеющего больного с хроническими заболеваниями органов дыхания

Консультирование семьи, имеющего больного со злокачественными заболеваниями органов дыхания

Навыками организационной работы в ОВП по ведению пациентов с заболеваниями органов дыхания:

Медицинской экспертизы:

Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности

Проведения клинико-экспертной комиссии (КЭК)

Определения медицинских показаний к трудоустройству

Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:

Организацией маршрута пациента, имеющего заболевания органов дыхания: диагностика, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация

Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам и больным с тяжелыми хроническими заболеваниями органов дыхания

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Проведение полного клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями органов дыхания в условиях ОВП.
2. Распространенность основных состояний/заболеваний органов дыхания в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях органов дыхания и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Умение устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния органов дыхания, и их семьями в условиях ОВП.
5. Организация помощи пациентам с заболеваниями/состояниями органов дыхания наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя).

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач:* ведущая жалоба, основной клинический синдром, предварительный диагноз, план обследования и лечения

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Пациентка 53-х лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на выраженную слабость, на повышение температуры тела, одышку, кашель с мокротой. При расспросе выяснено, что самочувствие ухудшилось около двух дней назад, когда появились вышеперечисленные симптомы, поднялась температура до 39,0°C.

При общем осмотре состояние средней степени тяжести, температура 38,0°C. Кожные покровы бледные, влажные. При перкуссии укорочение перкуторного звука в области верхней доли правого легкого. При аускультации в области верхней доли правого легкого выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания – 27/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Артериальное давление – 132/84 мм рт.ст., пульс ритмичный, 100 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

При рентгенографии органов грудной клетки определяется инфильтрация в области верхней доли правого легкого.

Общий анализ крови: лейкоциты – $11,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 12%.

В анамнезе сахарный диабет 2 типа.

Ведущие жалобы на интоксикацию и кашель с одышкой. Синдром – инфильтрации легочной ткани.

Предварительный диагноз: внебольничная пневмония верхней доли правого легкого, нетяжелого течения.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Амоксициллин по 500 мг 3 раза в день независимо от приема пищи с контролем эффективности терапии через 48-72 час.
2. Амброксол по 30мг 3 раза в день.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Вызов ВОП на дом. Больной К., 56 лет, рабочий. Жалобы на кашель с небольшим количеством мокроты слизисто-гнойного характера, повторяющиеся ознобы, выраженную потливость, повышение температуры тела до 39,7°C.

Заболел 2 дня назад остро после переохлаждения. Дома безуспешно лечился амбулаторно антибактериальными таблетированными средствами.

Из анамнеза: последние 7 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. На фоне приема 2 таблеток манинил в дозе 5 мг гликемия - 6,7 - 8,2 ммоль/л, глюкозурия - 0 - 0,5%.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, отмечается гипергидроз. Окружность живота 103 см. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. С уровня VII ребра между передней подмышечной и паравертебральной линиями определяется притупление перкуторного звука. Аускультативно там же резко ослаблены дыхательные шумы. ЧД - 26 в 1 минуту. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. Пульс 120 уд/мин., АД - 100/60 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, кран плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Общий анализ крови: эр. - $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв - 132 г/л, Цп. - 0,95, лейкоц. - $12 \times 10^9/\text{л}$, э. - 2, п. - 12, сегм. - 50, лимф. - 28, мон. - 8, СОЭ - 60 мм/час.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Больной В., 18 лет, учащийся техникума, проходит медкомиссию по направлению призывной комиссии РВК. Жалобы на упорный кашель, усиливающийся по утрам, с выделением гнойной мокроты с прожилками крови, частые эпизоды лихорадки (до 38°C), слабость, снижение работоспособности.

Из анамнеза: в раннем детстве перенес коклюш, корь. Трижды лечился по поводу очаговой пневмонии. Кровохарканье - последние 8 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, пониженного питания. Отмечаются пальцы в виде барабанных палочек и ногти в виде часовых стекол. Левая сторона грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. Перкуторный звук легочный, несколько притупленный слева в нижних отделах. Аускультативно - дыхание жестковатое, слева ниже угла лопатки большое количество разнокалиберных влажных хрипов, изменяющих характер после кашля. Там же участки шума трения плевры. ЧД - 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс - 90 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: эр. - $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв - 108 г/л, Цп - 1,0, лейкоц. - $9,6 \times 10^9/\text{л}$, э. - 1, п. - 10, сегм. - 59, лимф. - 24, мон. - 6, СОЭ - 28 мм/час.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Вызов ВОП к больному Л., 28 лет, жалобы на затянувшийся приступ удушья, кашель с труд-

ноотделяемой слизистой мокротой, резкую слабость, сердцебиение.

Из анамнеза известно, что страдает приступами удушья около 10 лет. Обострения заболевания наблюдаются в осенне-зимний период. За последний год 5 раз лечился стационарно. Постоянно принимает поддерживающую дозу глюкокортикоидов (10 мг в сутки). В межприступный период беспокоит кашель со слизисто-гноющей мокротой, экспираторная одышка при незначительной физической нагрузке. Последнее обострение связывает с перенесенным ОРЗ, когда участились приступы удушья, усилилась одышка, перестала отходить мокрота. За сутки до обращения более 15 раз пользовался ингалятором сальбутамолом.

Объективно: общее состояние тяжелое, больной возбужден, отмечается общий гипергидроз и диффузный цианоз кожных покровов. Положение тела вынужденное - сидя с фиксированным плечевым поясом. Дыхание шумное, 40 в 1 мин., дистанционные хрипы, резко затруднен выдох. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха. Перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно - дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы. Тоны сердца глухие, тахикардия 110 в 1 мин. АД - 110/60 мм рт. ст. Со стороны желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено. Через 1 час при аускультации легких - количество сухих хрипов резко уменьшилось, дыхательные шумы почти не выслушиваются.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Вызов ВОП к больной Ф., 36 лет. Жалобы на затянувшийся приступ удушья, одышку с затруднением выдоха, мучительный кашель с выделением малого количества стекловидной мокроты, потливость, сердцебиение, слабость.

Из анамнеза известно, что приступы удушья беспокоят около 3-х лет, возникают преимущественно дома, по ночам. Перед приступами наблюдается обильное выделение жидкого водянистого секрета из носовых ходов, першение в горле. Для облегчения состояния больная применяет "Астмопент" в ингаляциях. За последний год трижды лечилась стационарно. Наблюдался хороший эффект от применения интала. В межприступный период чувствует себя удовлетворительно, кашля и одышки нет. Последнее обострение связывает с проведением генеральной уборки в квартире; применение "Астмопента" для купирования приступа удушья не помогло.

Дважды наблюдался отек Квинке на прием таблетированных антибиотиков.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Лицо несколько одутловатое, бледное, потное, выражает чувство страха. Положение вынужденное - сидя на стуле с фиксированным плечевым поясом. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха, в акте дыхания участвуют мышцы плечевого пояса. Слышны дистанционные хрипы. ЧД - 46 в 1 мин. Перкуторно - звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно - дыхание жесткое, масса сухих хрипов различного тембра. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс 92 в 1 мин. АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: эр.- $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, Цп - 0,9, лейкоц. - $6,4 \times 10^9/л$, э. - 8, п. - 4, сегм. - 50, лимф. - 36, мон. - 2, СОЭ - 12 мм/час.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

1. Ранние симптомы пневмонии. Клинические, лабораторные и рентгенологические методы диагностики. Критерии диагноза. Обследование в условиях дневного стационара поликлиники и на дому. Показания для госпитализации.
2. Лечение в амбулаторных условиях, значение организации стационара на дому.
3. Принципы выбора антибактериальной терапии.
4. Рекомендации по лечению амбулаторных пациентов. Диагностический минимум обследования. Выбор стартовой антибактериальной терапии. Критерии эффективности антибактериальной терапии. Продолжительность антибактериальной терапии.
5. Осложнения внебольничной пневмонии. Профилактика.
6. Ошибки лечения больных с внебольничной пневмонией.
7. Атипичная пневмония. Диагностика. Тактика ведения.
8. Немедикаментозные методы лечения и реабилитации при пневмонии.
9. Временная нетрудоспособность, ее оптимальные сроки, факторы, влияющие на ее длительность.
10. Критерии выздоровления и восстановления трудоспособности.
11. Трудоустройство. Диспансеризация. Профилактика.
12. ХБ. Распространённость. Классификация. Значение амбулаторного этапа в лечении пациентов с ХБ. Первичная и вторичная профилактика.
13. Принципы лечения пациентов с ХБ.
14. Диспансерное наблюдение больных ХБ. Ранняя диагностика осложнений (лёгочное сердце).
15. Рациональное трудоустройство. МСЭК. Показания и противопоказания к санаторно-курортному

- лечению при ХБ.
16. ХОБЛ. Диагностика. Поэтапное лечение в период ремиссии и обострения. Показания к госпитализации.
 17. Диспансерное наблюдение пациентов с ХОБЛ. Трудовая экспертиза. Показания к направлению на МСЭК.
 18. Бронхиальная астма. Классификация. Диагностика.
 19. Диспансерное наблюдение пациентов с бронхиальной астмой. Трудовая экспертиза. Показания к направлению на МСЭК.
 20. Лечение пациентов с бронхиальной астмой в амбулаторных условиях. Базисная терапия. Показания к госпитализации. Санаторно-курортное лечение.
 21. Основы первичной и вторичной профилактики заболеваний легких.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

001. Везикулярное дыхание выслушивается на:

- А) вдохе;
- Б) выдохе;
- В) вдохе и первой трети выдоха;
- Г) вдохе и первых двух третях выдоха;
- Д) протяжении всего вдоха и всего выдоха.

Ответ: (В)

002. При эмфиземе легких дыхание:

- А) везикулярное;
- Б) везикулярное ослабленное;
- В) везикулярное усиленное;
- Г) бронхиальное;
- Д) саккадированное.

Ответ: (Б)

003. Крепитация характерна для:

- А) эмфиземы легких;
- Б) абсцесса легких;
- В) крупозной пневмонии;
- Г) бронхиальной астмы;
- Д) застоя крови в малом круге кровообращения.

Ответ: (В)

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

- А) притупленный тимпанит;
- Б) коробочный;
- В) тимпанический;
- Г) тупой;
- Д) металлический.

Ответ: (Г)

005. Бронхиальное дыхание выслушивается на:

- А) вдохе;
- Б) выдохе;
- В) вдохе и одной трети выдоха;
- Г) протяжении всего вдоха и всего выдоха;
- Д) вдохе и первых двух третях выдоха.

Ответ: (Г)

006. Амфорическое дыхание наблюдается при:

- А) очаговой пневмонии;
- Б) бронхите;
- В) бронхиальной астме;
- Г) абсцессе легкого;
- Д) эмфиземе легких.

Ответ: (Г)

007. Ослабление голосового дрожания характерно для:

- А) бронхоэктазов;
- Б) экссудативного плеврита;

- В) абсцесса легкого в стадии полости;
- Г) очаговой пневмонии;
- Д) крупозной пневмонии.

Ответ: (Б)

008. Усиление голосового дрожания типично для:

- А) гидроторакса;
- Б) абсцесса легкого в стадии полости;
- В) закрытого пневмоторакса;
- Г) эмфиземы легких;
- Д) бронхиальной астмы.

Ответ: (Б)

009. Показания к диагностической плановой бронхофиброскопии:

1. нагноительное заболевания легких;
2. астматическое состояние;
3. центральные и периферические опухоли легких;
4. стеноз гортани;
5. профузное легочное кровотечение.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (Б)

010. Абсолютным противопоказанием к бронхоскопии является:

1. крупозная пневмония;
2. бронхогенный рак с отдаленными метастазами;
3. инородное тело бронхов;
4. инсульт.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

011. Гнилостный, зловонный запах мокроты появляется при:

1. гангрене легкого;
2. бронхоэктазах;
3. абсцессе легкого;
4. крупозной пневмонии;
5. раке легкого.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (А)

012. Эластические волокна в мокроте обнаруживаются при:

1. абсцессе легкого;
2. раке легкого в стадии распада;
3. туберкулезе легкого;
4. хроническом бронхите;
5. крупозной пневмонии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2,3, 4 и 5.

Ответ: (А)

013. Из перечисленных заболеваний слизисто-кровянистая мокрота характерна для:

- А) острого трахеобронхита;
- Б) бронхопневмонии;
- В) хронического бронхита;
- Г) бронхогенного рака легкого;
- Д) туберкулеза легкого.

Ответ: (Г, Д)

014. Дыхательный объем – это:

- А) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- Б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- В) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- Г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- Д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

Ответ: (В)

015. Резервный объем вдоха это:

- А) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- Б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- В) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- Г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- Д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

Ответ: (А)

016. Резервный объем выдоха — это:

- А) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- Б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- В) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- Г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- Д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

Ответ: (Б)

017. Остаточный объем легких — это:

- А) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- Б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- В) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- Г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- Д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

Ответ: (Г)

018. Жизненная емкость легких — это:

- А) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин;
- Б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;
- В) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха;
- Г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха;
- Д) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха.

Ответ: (В)

019. Емкость вдоха – это:

- А) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин;
- Б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;
- В) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха;
- Г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха;
- Д) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха.

Ответ: (Г)

020. Функциональная остаточная емкость легких – это:

- А) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин;
- Б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;
- В) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха;
- Г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха;

Д) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха.

Ответ: (Б)

021. Резерв легочной вентиляции – это:

А) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин;

Б) объем воздуха, остающегося в легки после спокойного выдоха;

В) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха;

Г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха;

Д) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха.

Ответ: (А)

022. Жизненная емкость легких зависит от:

1. роста;

2. площади поверхности тела;

3. массы тела;

4. пола.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

023. Уменьшение жизненной емкости легких наблюдается при:

1. воспалительных процессах в органах грудной полости;

2. беременности (вторая половина);

3. асците,

4. грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

024. Наиболее информативным методом выявления бронхоэктазов является:

А) рентгенография;

Б) томография;

В) бронхография;

Г) ангиопульмонография;

Д) флюорография.

Ответ: (В)

025. Наиболее эффективным методом выявления небольшого количества жидкости в плевральной полости является:

А) рентгеноскопия (в обычном положении ортопозиции);

Б) рентгенография;

В) томография;

Г) латероскопия (рентгеноскопия в латеропозиции);

Д) флюорография.

Ответ: (Г)

026. Бронхоскопию необходимо проводить при:

1. ателектазе доли, сегмента легкого;

2. острой долевой, сегментарной пневмонии;

3. остром абсцессе легкого;

4. экссудативном плеврите.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

027. “Легочное сердце” может возникнуть при:

- А) гипертонической болезни;
- Б) гипертиреозе;
- В) миокардите;
- Г) хроническом обструктивном бронхите;
- Д) ишемической болезни сердца.

Ответ: (Г)

028. Наименьшее противовоспалительное действие оказывает:

- А) кромогликата натрия;
- Б) недокромила натрия (тайледа);
- В) кетотифена;
- Г) интала плюс;
- Д) дитэка.

Ответ: (В)

029. К группе бронхолитиков длительного действия относится:

- 1. сальметерол;
- 2. формотерол;
- 3. савентол;
- 4. астмопент.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

030. Механизмы действия селективных бета-2-агонистов включают:

- 1. устранение бронхоспазма;
- 2. улучшение мукоцилиарного клиренса;
- 3. угнетение дегрануляции тучных клеток и базофилов;
- 4. устранение отека слизистой бронхов.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

031. К генетически детерминированным заболеваниям легких относится:

- А) саркоидоз;
- Б) муковисцидоз и дефицит альфа-1-антитрипсина;
- В) гамартохондрома;
- Г) бронхиальная астма;
- Д) рак легкого.

Ответ: (Б)

032. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся:

- 1. легочный протеиноз;
- 2. туберкулез;
- 3. бронхиальная астма;
- 4. пневмония.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

033. Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является:

- А) вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей;
- Б) переохлаждение;
- В) вирусно-бактериальная инфекция;
- Г) курение;
- Д) переутомление.

Ответ: (В)

034. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом) и характеризуется:

1. отсутствием или незначительно выраженными признаками интоксикации;
2. болями за грудиной, чувством саднения в груди;
3. вначале сухим надсадным, а затем с незначительным количеством мокроты кашлем
4. жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

035. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов характеризуется:

1. вначале преимущественно сухим, а затем влажным кашлем;
2. умеренно выраженными признаками интоксикации;
3. одышкой;
4. жестким дыханием, нередко с единичными сухими хрипами.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

036. Тактика лечения острого бронхита определяется с учетом:

1. этиологии и патогенеза заболевания;
2. преимущественной локализации воспалительного процесса;
3. фазы воспалительного процесса, наличия или отсутствия вторичной инфекции;
4. возраста больного.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

037. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств:

1. обезболивающих;
2. подавляющих кашель;
3. противовоспалительных;
4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

038. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) во второй фазе (после начала отхождения мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств:

1. разжижающих мокроту (муколитики);
2. антибактериальных и антисептических;
3. противовоспалительных;
4. подавляющих кашель.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

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

1. бронхоспазмолитиков;
2. подавляющих кашель;
3. противовоспалительных;
4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

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

1. бронхоспазмолитиков;
2. антибактериальных и антисептических;
3. противовоспалительных;
4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

041. Показанием к общей антибактериальной терапии при остром бронхите служит:

1. тяжелое клиническое течение заболевания;
2. появление гнойной мокроты;
3. повышение температуры;
4. появление одышки.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

042. 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.

Ответ: (А)

043. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, как правило:

- А) благоприятный;
- Б) благоприятный, но иногда заболевание осложняется пневмонией;
- В) благоприятный, но возможно затяжное течение и переход в хронический бронхит;
- Г) благоприятный, но имеется риск трансформации заболевания в бронхоэктатическую болезнь;
- Д) неблагоприятный.

Ответ: (Б)

044. Показанием к рентгенологическому обследованию больного с острым бронхитом для исключения у него бронхопневмонии служит:

1. нарастание тяжести хронического течения заболевания;
2. выявление при физикальном исследовании укорочения перкуторного звука и влажных хрипов на ограниченном участке легкого;
3. увеличение содержания лейкоцитов в периферической крови и СОЭ;
4. сохранение лихорадки на фоне лечения в течение более чем 3 дней.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

045. У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной хронических бронхитов является:

1. повторная вирусно-бактериальная инфекция;
2. воздействий промышленных газов и аэрозолей;
3. курение;
4. врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

046. У людей в возрасте старше 30-35 лет, в том числе и у пожилых, возникновение хронического бронхита чаще обусловлено:

1. повторной вирусно-бактериальной инфекцией;
2. воздействием промышленных газов и аэрозолей;
3. врожденной функциональной недостаточностью мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей;
4. курением.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

047. Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется:

1. сильным сухим кашлем;
2. кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой;
3. рассеянными сухими хрипами в легких;
4. кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

048. Хроническое раздражение слизистой оболочки бронхов (при курении и т.д.), сопровождающееся кашлем с отделением мокроты, нельзя отождествлять с хроническим бронхитом из-за:

1. монотонности симптоматики и отсутствия признаков волнообразного течения заболевания;
2. отсутствия признаков нарастания (быстрого или медленного) обструкции воздухоносных путей;
3. отсутствия, несмотря на многолетнее проявление, осложнений;
4. исчезновения симптоматики после устранения раздражителя, проведения лечебных и профилактических мероприятий.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

049. Возникновению хронического бронхита способствует:

1. курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов;
2. патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева);
3. хроническое заболевание верхних дыхательных путей;
4. наследственное предрасположение к заболеванию легких.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

050. При простом бронхите:

1. обструкция воздухоносных путей не является ни клинически, ни при спирографии (пневмотахографии) как в период обострения, так и в период ремиссии заболевания;
2. обструкция воздухоносных путей выявляется только при спирографии (пневмотахографии) в период обострения;
3. обструкция воздухоносных путей выявляется только клинически;
4. проходимость воздухоносных путей долгое время не нарушается, обструкция проявляется, главным образом, нарастанием признаков эмфиземы легких.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

051. Клиническая симптоматика при хроническом бронхите определяется:

1. формой заболевания

2. фазой течения заболевания (обострение, ремиссия)
 3. осложнениями
 4. преимущественной локализацией поражения

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

052. Ведущим симптомом хронического бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов является:

- А) сильный сухой кашель;
 Б) кашель с мокротой;
 В) постоянная одышка;
 Г) приступообразный сухой кашель;
 Д) приступообразная одышка.

Ответ: (Б)

053. Основным симптом хронического бронхита, протекающего с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов – это:

- А) сильный надсадный сухой кашель;
 Б) кашель с мокротой;
 В) одышка;
 Г) лейкоцитоз и ускорение СОЭ;
 Д) цианоз слизистых губ.

Ответ: (В)

054. Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен:

- А) воспалением слизистой крупных бронхов;
 Б) воспалением слизистой оболочки мелких бронхов;
 В) повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов;
 Г) гипотрофией слизистой оболочки бронхов;
 Д) атрофией слизистой оболочки бронхов.

Ответ: (В)

055. Кашель с мокротой при хроническом бронхите свидетельствует о нарушении мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов:

- количества и функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов;
- количественных и качественных характеристик секрета слизистых желез бронхов;
- функции сурфактантной системы легкого;
- возраста больного.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

056. Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик трахеобронхиальной слизи:

- количества;
- эластичности;
- вязкости;
- цвета.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

057. При хроническом бронхите соотношение геля и золя в мокроте:

1. меняется в сторону увеличения слоя геля;
2. зависит от функции сурфактантной системы;
3. не меняется;
4. меняется в сторону увеличения слоя золя.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

058. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

- А) спирографии, пневмотахографии;
Б) бронхоскопии;
В) исследования газов крови;
Г) рентгенография лёгких;
Д) ангиопульмонографии.

Ответ: (А)

059. Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции:

1. спазм бронхов;
2. воспалительный отек слизистой оболочки бронхов;
3. нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов;
4. стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

060. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с:

1. интенсивностью кашля;
2. интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов;
3. количеством выделяемой мокроты;
4. данными спирографии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

061. При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступают признаки:

1. бронхоспазма;
2. бронхиальной дискинезии и экспираторного коллапса стенки мелких бронхов;
3. инфекционного процесса;
4. воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушения мукоцилиарного транспорта.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

062. При хроническом бронхите с преимущественным поражением мелких (мембранных) бронхов возникновение дыхательной недостаточности связано с:

1. бронхоспазмом;
2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта;
3. облитерацией просвета мелких бронхов и синдромом хлопающего клапана;
4. инфекционным процессом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

063. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит:

1. к появлению сухих хрипов в легких;
2. к возникновению приступов удушья;
3. к появлению влажных хрипов в легких;
4. к развитию центриацинарной эмфиземы и буллезной дистрофии легкого.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

064. При гнойном бронхите клиническая симптоматика определяется:

1. бронхоспазмом;
2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта;
3. симптомами интоксикации;
4. инфекцией.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

065. Осложнениями хронического бронхита являются:

1. расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов;
2. очаговый и диффузный пневмоторакс;
3. центриацинарная и буллезная эмфиземы легких;
4. облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

066. Осложнениями хронического бронхита являются:

1. кровохарканье;
2. легочное кровотечение;
3. дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце;
4. спонтанный пневмоторакс и тромбоэмболия легочной артерии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

067. Показанием к антибактериальной терапии при хроническом бронхите является:

1. обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких;
2. обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты;
3. обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма;
4. обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

068. При назначении больному хроническим бронхитом антибактериальных средств, выборе их дозы и метода введения следует учитывать:

1. Характер микрофлоры трахеобронхиального секрета и ее чувствительность к химиотерапевтическим препаратам;
2. Концентрацию избранного средства, которую необходимо создать в бронхиальной слизи;
3. Переносимость препарата больным;
4. Характер лихорадки.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

069. Для пневмонии, осложнившей течение хронического бронхита, характерно:

1. возникновение вслед за обострением бронхита;
2. частое отсутствие локальной физикальной симптоматики;
3. поражение нескольких сегментов в глубине легкого;
4. склонность к затяжному течению и рецидивам.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

070. Препараты для устранения бронхоспазма у больных хроническим обструктивным бронхитом подбираются:

- А) путем пробного 2-3-дневного лечения с последующим контролем состояния больного;
- Б) путем пробного 2-3-дневного лечения с последующим контролем клиническим и определением показателей функции внешнего дыхания;
- В) путем последовательного исследования эффективности препаратов, основанного на сравнении показателей ОФВ₁ до и после введения препарата;
- Г) на основании показателей спирометрии;
- Д) на основании предшествующего лечения.

Ответ: (В)

071. Наиболее удобным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмолитических средств, позволяющим подобрать оптимальную дозировку препарата, является:

- А) парентеральный;
- Б) пероральный;

- В) ингаляционный;
 Г) небулайзерный;
 Д) ректальный.

Ответ: (В)

072. Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева, и вызывает наименьшее число побочных реакций:

- А) атропин;
 Б) ипратропиум бромид;
 В) апрофен;
 Г) метацин;
 Д) пропантелин бромид.

Ответ: (Б)

073. К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят.

- А) теofilлин;
 Б) теофедрин;
 В) теопек, теодур, ретафил, дуофиллин;
 Г) эуфиллин;
 Д) вентолин.

Ответ: (В)

074. Показанием к назначению кортикостероидной терапии при хроническом обструктивном бронхите является:

1. тяжелое клиническое течение заболевания;
 2. неэффективность лечения бронхоспазмолитическими средствами;
 3. непереносимость бронхоспазмолитических средств;
 4. выраженность одышки.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

075. Лекарственные средства, обладающие симпатомиметическим эффектом, способствуют откашливанию мокроты благодаря:

1. снятию спазма мелких бронхов и снижению тонуса мускулатуры крупных бронхов;
 2. разжижению мокроты;
 3. стимуляции функции реснитчатого аппарата эпителия бронхиальной стенки;
 4. уменьшению прилипания мокроты к стенке бронха.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

076. Препараты холинергического действия ухудшают откашливание мокроты, что обусловлено:

1. повышением тонуса гладкой мускулатуры бронхов;
 2. торможением функции клеток реснитчатого эпителия бронхов;
 3. повышением секреции трахеобронхиальной слизи;
 4. снижением тонуса гладкой мускулатуры бронхов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

077. Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено:

1. дегидратации мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств;
2. усиления вязкости мокроты;
3. усиления прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей;
4. замещения клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов бокаловидными.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

078. Гидратации мокроты и в связи с этим улучшению ее откашливания способствует:

1. обильное питье;
2. прием мукалтина;
3. ингаляции щелочных растворов;
4. назначение антибиотика.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

079. Вязкость мокроты уменьшается при назначении следующих препаратов:

1. разрушающих пептидные связи белков бронхиальной слизи;
2. разрушающих сульфидные связи муцинов бронхиальной слизи;
3. стимулирующих сурфактантную систему легких;
4. усиливающих пептидные связи белков бронхиальной слизи.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

080. К муколитическим средствам, разрушающим пептидные связи белков бронхиальной слизи, относятся:

1. стимуляторы сурфактантной системы легких (бромгексин, амброксол);
2. препараты бактериальных ферментов;
3. производные тиолов – ацетилцистеин (мукогельмин и др.);
4. трипсин, химопсин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

081. К средствам, разжижающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относятся:

1. трипсин, химолсин;
2. производных пурина (метилксантины)
3. бромгексин (бисольван), амброксол (ласольван);
4. производные тиолов – ацетилцистеин (мукогельмин и др.), мукодин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

082. К средствам, улучшающим откашливание мокроты путем повышения ее текучести (уменьшения прилипания) вследствие стимуляции сурфактантной системы легких, относят:

1. трипсин, химопсин;
2. производные тиолов – ацетилцистеин (мукогельтин и др.), мукодин;
3. препараты бактериальных ферментов
4. бромгексин (бисольвон), амброксол (ласольван).

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

083. Санаторно-курортное лечение больных хроническим бронхитом следует проводить с учетом периода заболевания и климатических факторов. Оно показано в:

1. период обострения заболевания;
2. условиях среднегорья и в равнинной местности;
3. условиях морского сухого или континентального климата;
4. условиях высокогорья.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

084. При хроническом бронхите показано:

1. диспансерное наблюдение пациентов, лечение простого и гнойного бронхита лишь в фазе обострения диспансерное;
2. диспансерное наблюдение пациента, непрерывное лечение лишь в случае обструктивного бронхита;
3. диспансерное наблюдение пациентов при всех формах заболевания, непрерывное лечение только при обструктивном бронхите;
4. наблюдение пациентов и непрерывное лечение вне зависимости от формы заболевания и фазы его течения.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

085. Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена:

1. бронхоспазмом;
2. воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов;
3. закрытием просвета бронхов вязким секретом;
4. спадением мелких бронхов на вдохе.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

086. Основу лечения бронхиальной астмы составляет:

1. элиминация причинно значимого аллергена;
2. гипосенсибилизация;
3. предупреждение и лечение инфекций;
4. использование лекарственных препаратов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

087. Основными лекарственными препаратами, применяемыми при бронхиальной астме, являются все перечисленные, кроме:

- А) бета₂-агонистов;
 Б) метилксантинов;
 В) блокаторов бета₂-адренорецепторов;
 Г) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов;
 Д) мембраностабилизирующих препаратов.

Ответ: (В)

088. Основная причина гибели больных на высоте приступа бронхиальной астмы — это:

- А) острое вздутие легких;
 Б) генерализованный отек слизистой оболочки бронхов;
 В) генерализованный бронхоспазм;
 Г) генерализованная закупорка просвета бронхов вязким секретом;
 Д) отек легких.

Ответ: (Г)

089. Сальбутамол (вентолин) расширяет бронхи путем:

- А) блокирования альфа-рецепторов бронхиального дерева;
 Б) почти селективного возбуждения бета₂-адренорецепторов бронхов;
 В) непосредственного влияния на гладкую мускулатуру бронхов;
 Г) снижения тонуса блуждающего нерва;
 Д) блокирования гистамина.

Ответ: (Б)

090. Наиболее достоверным признаком, отличающим первую стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является:

- А) рефрактерность к 1,2-агонистам;
 Б) тяжесть экспираторного удушья;
 В) выраженный цианоз;
 Г) неэффективность внутривенного вливания эуфиллина;
 Д) вынужденное положение больного.

Ответ: (А)

091. Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход астматического статуса из первой во вторую стадию, является:

- А) прогрессирующее одышки;
 Б) нарастание цианоза;
 В) исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких;
 Г) повышение артериального давления;
 Д) тахикардия.

Ответ: (В)

092. При возникновении в результате прогрессирующего течения астматического статуса синдрома «немного легкого» следует:

1. увеличить дозировку вводимых перорально и внутривенно глюкокортикоидных гормонов;
2. использовать инфузионную терапию с введением гидрокарбоната натрия;
3. провести бронхоскопию и бронхоальвеолярный лаваж;
4. увеличить дозировку бета-2-агонистов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

093. При пневмонии поражается:

1. интерстиций легких;
2. дыхательные бронхиолы;
3. альвеолы;
4. крупные бронхи.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

094. При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить:

1. ослабленное дыхание при отсутствии хрипов;
2. сухие хрипы;
3. крупнопузырчатые влажные хрипы;
4. мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитирующие хрипы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

095. Диагноз пневмонии устанавливается на основании:

1. клинических симптомов заболевания;
2. данных физикального исследования;
3. результатов рентгенологического исследования легких;
4. показателей лабораторных анализов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

096. Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего является:

- А) пневмококк;
 Б) стрептококк;
 В) стафилококк;
 Г) кишечная палочка;
 Д) клебсиелла.

Ответ: (А)

097. Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии наиболее часто бывают:

- А) пневмококк;
 Б) стафилококк;
 В) клебсиелла;
 Г) хламидии;
 Д) микоплазма.

Ответ: (Б)

098. Наиболее частым возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является:

- А) пневмококк;
 Б) микоплазма;

- В) клебсиелла;
 Г) протей;
 Д) хламидия.

Ответ: (В)

099. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванных:
- А) пневмококком;
 Б) стрептококком;
 В) кишечной палочкой;
 Г) клебсиеллой;
 Д) стафилококком.

Ответ: (Г)

100. У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является:

- А) пневмококк;
 Б) клебсиелла;
 В) пневмоциста;
 Г) микоплазма;
 Д) кишечная палочка.

Ответ: (В)

101. Во время эпидемии гриппа возрастает частота пневмоний, вызванных:

- А) пневмококком;
 Б) клебсиеллой;
 В) пневмоцистой;
 Г) микоплазмой;
 Д) кишечной палочкой.

Ответ: (Г)

102. Течение пневмонии определяется:

1. возбудителем пневмонии;
 2. временем начала этиотропной терапии;
 3. состоянием бронхов;
 4. наличием или отсутствием болезней, снижающих реактивность организма.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

103. При пневмонии назначают все перечисленные лекарственные средства:

1. этиотропные;
 2. отхаркивающие;
 3. бронхоспазмолитические;
 4. иммуномодулирующие.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

104. При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать:

1. давность заболевания;
 2. индивидуальную переносимость антибактериальных препаратов;
 3. сопутствующие заболевания;
 4. природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

105. Показанием для комбинированной антибиотикотерапии при пневмонии служит:

1. тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя инфекции;
2. смешанный характер инфекции;
3. необходимость усиления антибактериального эффекта;
4. отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции при косвенных указаниях на возможность участия грам-отрицательных бактерий.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

106. При подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначать:

- А) олететрин;
 Б) стрептомицин;
 В) пенициллин;
 Г) эритромицин;
 Д) левомицетин.

Ответ: (В)

107. При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначать:

- А) пенициллины;
 Б) эритромицин;
 В) левомицетин;
 Г) стрептомицин;
 Д) цепорин.

Ответ: (Б)

108. Стафилококковые пневмонии чаще развиваются:

- А) при гриппе;
 Б) при сахарном диабете;
 В) у лиц пожилого возраста;
 Г) при хроническом бронхите;
 Д) у пациентов стационаров.

Ответ: (Д)

109. При двусторонней стафилококковой пневмонии с множественными очагами деструкции легочной ткани лечение антибиотиками целесообразно сочетать с патогенетической терапией, включающей все перечисленное, кроме:

- А) трансфузий свежемороженой плазмы;
 Б) парентерального введения глюкокортикоидных гормонов;
 В) внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов;
 Г) инфузий гепарина;
 Д) плазмафереза.

Ответ: (Б)

110. Лечение антибиотиками пневмонии следует прекратить:

- А) через 1 неделю после начала лечения;
 Б) через 2 дня после нормализации температуры тела;
 В) после исчезновения хрипов в легких;
 Г) после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания;
 Д) после нормализации СОЭ.

Ответ: (Б)

111. При лечении пневмонии у беременной нельзя применять:

1. пенициллин;
2. цефалоридин;

3. ампициллин;
4. тетрациклин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

112. Решающую роль в возникновении острого абсцесса легкого играют следующие факторы:

1. нарушение бронхиального дренажа;
2. гноеродная инфекция и неспорообразующие анаэробы;
3. образование противолечочных антител;
4. стафилококк и стрептококк.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

113. Возбудители инфекции, вызывающие острый абсцесс и гангрену легкого, проникают в легочную ткань преимущественно:

1. при ранении легкого;
2. по лимфатическим сосудам;
3. по кровеносным сосудам;
4. по бронхам.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

114. Предрасполагает к развитию острого абсцесса легкого:

1. хронической гнойной и анаэробной инфекции полости рта и глотки (кариес зубов, пародонтоз, тонзиллит), среднего уха, придаточных пазух носа;
2. аспирации содержимого полости рта и глотки при эпилепсии, алкогольном опьянении, наркомании, отравлениях и др.;
3. систематического переохлаждения, хронического бронхита;
4. септикопиемии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

115. Основными и наиболее результативными методами лечения острого абсцесса легкого являются:

1. санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных средств;
2. катетеризация гнойника через трахею или грудную стенку;
3. трансторакальная пункция гнойника с промыванием полости и введением в нее лекарственных средств;
4. введение антибиотика.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

116. Излечение острого абсцесса легкого происходит:

1. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и образования на ее месте рубца;
2. путем образования на месте гнойной полости очага уплотнения легочной ткани;
3. путем освобождения полости в легком от возбудителей инфекции, эпителизации ее стенки и формирования вторичной кисты легкого;
4. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и полного восстановления легочной ткани.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

117. Хронический абсцесс легкого может осложняться:

1. кровохарканьем и легочным кровотечением;
2. сепсисом и метастатическими абсцессами;
3. легочно-сердечной недостаточностью;
4. амилоидозом внутренних органов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

118. Гангрену легкого от острого абсцесса отличает все перечисленное, кроме:

- А) возбудителей заболевания;
Б) более тяжелого течения заболевания с прогрессированием гнойно-некротического процесса в легких;
В) преобладания воспалительно-некротических изменений в легких над деструктивными;
Г) частого присоединения осложнений - кровохарканья и легочного кровотечения, острого пневмоторакса, сердечно-сосудистой недостаточности
Д) отсутствия клинических и рентгенологических признаков отграничения воспалительно-некротического процесса в легких.

Ответ: (А)

119. Пациенты, страдающие бронхоэктатической болезнью, обычно предъявляют следующие жалобы:

1. лихорадка, боли в груди;
2. кашель с легко отделяющейся мокротой, чаще по утрам;
3. кровохарканье, легочное кровотечение;
4. одышка.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

120. При аускультации легких у пациента с бронхоэктатической болезнью обычно выявляются:

1. непостоянные сухие хрипы в зоне поражения;
2. рассеянные сухие и влажные хрипы;
3. локальные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы;
4. локальные крупно- и среднепузырчатые хрипы, иногда в сочетании с сухими.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

121. Решающее значение в диагностике бронхоэктатической болезни принадлежит:

1. клинико-рентгенологическому методу;
2. бронхоскопии;
3. ангиопульмонографии;
4. бронхографии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

122. Осложнениями бронхоэктатической болезни могут быть:

1. легочно-сердечной недостаточности;
2. кровохарканья и легочного кровотечения;
3. амилоидоза внутренних органов;
4. метастатических абсцессов и сепсиса.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

123. К раку легкого предрасполагает:

- А) алкоголизм и бытовое пьянство;
 Б) курение;
 В) наркомания и токсикомания;
 Г) хроническое переохлаждение;
 Д) психоэмоциональная нагрузка.

Ответ: (Б)

124. Рак легкого чаще наблюдается у больных, страдающих:

- А) сахарным диабетом;
 Б) язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;
 В) хроническим неспецифическим заболеванием легких;
 Г) бронхиальной астмой;
 Д) хроническим алкоголизмом.

Ответ: (В)

125. У мужчин старше 40 лет с бессимптомно протекающим затемнением в легких врач обязан в первую очередь исключить:

- А) туберкулому легкого;
 Б) периферический рак легкого;
 В) очаговую пневмонию;
 Г) верно А, Б;
 Д) пневмоцирроз.

Ответ: (Б)

126. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является:

- А) сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови;
 Б) легочное кровотечение;
 В) одышка и потеря массы тела;
 Г) лихорадка;

Д) кровохарканье.

Ответ: (А)

127. Осложнением центрального рака легкого может быть:

1. гиповентиляция легкого;
2. ателектаз легкого;
3. пневмония (возможно с абсцедированием);
4. образование острого абсцесса легкого.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

128. Наиболее простой и достаточно информативный метод ранней диагностики центрального рака легкого – это:

1. флюорография органов грудной клетки; бронхоскопия;
2. рентгеноскопия органов грудной клетки;
3. цитологическое исследование мокроты.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

129. Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет, прежде всего, подозревать:

1. пневмокониоз;
2. кавернозный туберкулез легких;
3. бронхоэктатическую болезнь;
4. рак бронха.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

130. Основными методами диагностики аденомы главного и долевого бронха являются:

1. аускультация легких и исследование мокроты на клетки опухоли;
2. рентгеномографическое исследование (со срезами через корень легкого);
3. бронхоскопия.
4. ангиопульмонография.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

131. Саркоидоз наиболее часто наблюдается:

- А) у детей и подростков;
Б) в пожилом возрасте;
В) в старческом возрасте;
Г) в возрасте 20-50;
Д) у женщин в климактерическом периоде.

Ответ: (Г)

132. Морфологической основой саркоидной гранулемы являются:

- А) эпителиоидные клетки и гигантские клетки типа Пирогова-Лангханса;
- Б) клетки Березовского-Штернберга;
- В) гистиоциты; макрофаги;
- Г) эозинофилы.

Ответ: (А)

133. Клинически саркоидоз может протекать:

- 1. бессимптомно;
- 2. малосимптомно;
- 3. с признаками интоксикацией, кашлем, одышкой;
- 4. с частыми рецидивами.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

134. Синдром Лефгрена при саркоидозе проявляется:

- А) одышкой, кашлем, лихорадкой;
- Б) лихорадкой, узловатой эритемой, полиартралгией, увеличением внутригрудных лимфатических узлов;
- В) одышкой, кашлем, увеличением периферических лимфатических узлов;
- Г) лихорадкой, одышкой, увеличением внутригрудных лимфатических узлов;
- Д) одышкой, кашлем, увеличением разных групп лимфатических узлов.

Ответ: (Б)

135. При генерализованной форме саркоидоза могут вовлекаться в процесс:

- 1. периферические лимфатические узлы, легкие, кожа, кости;
- 2. печень, почки, селезенка, сердце;
- 3. слюнные железы, глаза;
- 4. центральная и периферическая нервная система.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

136. При поражении саркоидозом мышцы сердца чаще наблюдаются следующие симптомы:

- 1. боли в области сердца, повышение артериального давления;
- 2. боли в области сердца, понижение артериального давления;
- 3. боли в области сердца, изменение артериального давления, углубление зубца на электрокардиограмме;
- 4. боли в области сердца, признаки нарушения внутрижелудочковой проводимости на электрокардиограмме.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

137. При саркоидозе органов дыхания на рентгенограмме легких могут выявляться следующие изменения:

- 1. одно- или двустороннее увеличение разных групп внутригрудных лимфатических узлов при отсутствии изменения в легких;
- 2. одно- или двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов и диссеминированные

изменения в легких;
3. диссеминированные изменения в легких при отсутствии увеличенных внутригрудных лимфатических узлов;
4. округлые тени.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

138. В зависимости от клинико-рентгенологической формы и стадии саркоидоза для верификации диагноза можно применять в той или иной последовательности:

1. биопсии периферических лимфатических узлов, кожи, слюнных желез и других органов;
2. медиастиноскопии и медиастинотомии;
3. трансбронхиальной биопсии внутригрудных лимфатических узлов, слизистой оболочки бронхов, легочной ткани;
4. открытой биопсии легких.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

139. Установить этиологию плеврита чаще всего помогает:

1. исследование плеврального экссудата;
2. изучение гематологических показателей;
3. биопсия плевры;
4. рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

140. Основными признаками экссудативного плеврита являются:

1. притупление перкуторного легочного звука в области, соответствующей локализации плеврального экссудата;
2. ослабление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука;
3. смещение органов средостения в сторону, противоположную пораженному легкому;
4. усиление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

141. Туберкулезная этиология плеврита доказывается:

1. обнаружением микобактерий туберкулеза в плевральном экссудате и мокроте;
2. обнаружением клеток туберкулезной гранулемы в биоптате плевры;
3. обнаружением признаков туберкулеза легких, бронхов или внутригрудных лимфатических узлов;
4. наличием контакта с больным туберкулезом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

142. Сухой плеврит сопровождается:

1. болью в груди;
2. сухим кашлем;
3. потливостью;
4. субфебрилитетом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

143. Транссудат от экссудата в плевральной полости отличается:

1. количеством жидкости;
2. клеточным составом;
3. наличием включений (холестериновых кристаллов и т.п.);
4. содержанием белка.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

144. Быстрое повторное накопление жидкости в плевральной полости после ее эвакуации является типичным признаком:

- А) хронической недостаточности кровообращения;
 Б) опухоли плевры;
 В) аденокарциномы бронха;
 Г) туберкулеза легких;
 Д) системной красной волчанки.

Ответ: (Б)

145. На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Ваша тактика:

- А) проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и кортикостероидными гормонами;
 Б) госпитализация пациента в терапевтическое отделение в порядке очередности;
 В) немедленная госпитализация пациента в пульмонологическое отделение;
 Г) амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость;
 Д) проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и наблюдение за больным.

Ответ: (Б)

146. Риск заболевания туберкулезом увеличивается:

1. при тесном контакте с больным туберкулезом;
2. при приеме кортикостероидов и других препаратов, оказывающих иммунодепрессивное действие;
3. при алкоголизме, наркомании, психических заболеваниях;
4. при сахарном диабете.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

147. Диагноз очагового туберкулеза легких у взрослых и подростков ставится на основании:

1. бессимптомного течения заболевания или скудных его проявлений – повышенной утомляемости, периодического субфебрилитета, редкого кашля с единичными пленками слизистой или слизисто-гноной мокроты;
2. отсутствия физикальной симптоматики легочного поражения;
3. обнаружения при рентгенологическом исследовании легких единичных или множественных разного характера очаговых теней, чаще в 1-м, 2-м и 6-м бронхолегочных сегментах;
4. непостоянного и скудного бактериовыделения (микобактерии туберкулеза чаще выявляются при посеве на питательную среду).

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

148. Для инфильтративного туберкулеза легких характерны следующие признаки:

1. подострое начало заболевания;
2. непостоянные влажные хрипы в зоне поражения, чаще прослушиваемые после покашливания;
3. умеренные токсические изменения в гемограмме и частое обнаружение микобактерии туберкулеза в мокроте;
4. выявление на рентгенограмме легких связанного “дорожкой” с корнем легкого однородного с размытыми границами участка затемнения, на фоне которого нередко определяется единичные очаговые тени, признаки распада легочной ткани “пневмониогенная каверна”), а вокруг очаги-отсевы.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

149. Решающее значение в дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза от очаговой и параканкротной пневмонии принадлежит:

1. клинической симптоматике;
2. данным рентгенологического исследования легких;
3. результатам пробного лечения;
4. обнаружению микобактерий туберкулеза в мокроте.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

150. Характерными клиническими признаками милиарного туберкулеза являются:

1. лихорадка неправильного типа, хорошо переносимая больным;
2. выраженные одышка и тахикардия;
3. небольшой нейтрофильный лейкоцитоз и умеренное повышение СОЭ;
4. частое увеличение печени и селезенки.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

151. При милиарном туберкулезе отсутствует поражение:

- А) легких;
- Б) печени;
- В) селезенки;
- Г) опорно-двигательного аппарата;
- Д) центральной нервной системы.

Ответ: (Г)

152. Основными методами выявления милиарного туберкулеза с поражением легких и печени являются:

- 1. рентгенография органов грудной клетки;
- 2. функциональные печеночные пробы;
- 3. биопсия печени;
- 4. гематологические исследования;
- 5. исследование мокроты на микобактерии туберкулеза.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (Б)

153. Иммунологическим механизмом атопической бронхиальной астмы является:

- А) аллергическая реакция немедленного типа;
- Б) аллергическая реакция замедленного типа;
- В) аллергическая реакция немедленного и замедленного типа;
- Г) аутоиммунный механизм;
- Д) иммунокомплексные реакции.

Ответ: (А)

154. В инфильтрате стенки бронха при бронхиальной астме преобладают:

- А) альвеолярные макрофаги;
- Б) лимфоциты;
- В) эозинофилы;
- Г) плазматические клетки;
- Д) гранулоциты.

Ответ: (В)

155. Из перечисленных основных патологических процессов для ранней фазы приступа бронхиальной астмы характерно:

- 1. бронхоспазм;
- 2. отек стенки бронха;
- 3. острое вздутие легких;
- 4. гиперсекреция.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

156. Причиной нарушения дыхания при бронхиальной астме является:

- 1. бронхоспазм;
- 2. отек слизистой оболочки бронхиального дерева;
- 3. гиперсекреция;
- 4. усиленная вентиляция легких.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

157. Показанием к ингаляции интала является:

1. лечение астматического статуса;
2. лечение острого приступа бронхиальной астмы;
3. лечение острых инфекций верхних дыхательных путей;
4. профилактика приступа бронхиальной астмы.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

158. Адреномиметики, стимулирующие бета-2-адренорецепторы короткого действия, назначаются с целью:

1. уменьшения гиперсекреции;
2. длительной профилактики приступов бронхиальной астмы;
3. лечения астматического состояния;
4. купирования острого приступа удушья.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

159. Ингаляции глюкокортикостероидов при бронхиальной астме показаны:

1. для купирования острого приступа удушья;
2. лечение острых инфекции верхних дыхательных путей;
3. для лечения астматического состояния;
4. для профилактики приступов удушья.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

160. Дитек может быть использован для:

1. терапии астматического состояния;
2. терапии приступа бронхиальной астмы средней тяжести;
3. терапии хронического бронхита;
4. профилактики приступов бронхиальной астмы.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

161. Для атопической бронхиальной астмы характерно:

- А) эффект элиминации
Б) непереносимость препаратов пиразолонового ряда;
В) репкдивизирующий полипоз носа;
Г) постепенное развитие приступа;
Д) для лечения острого приступа бронхиальной астмы.

Ответ: (А)

162. К медленно действующим биологически активным веществам при аллергии немедленного типа относится:

- А) ацетилхолин;
- Б) гистамин;
- В) лейкотриены;
- Г) серотонин;
- Д) брадикинин.

Ответ: (В)

163. Из перечисленных аллергенов наиболее частой причиной атопической бронхиальной астмы является:

- А) домашняя пыль;
- Б) споры плесневых грибов;
- В) продукты жизнедеятельности бактерий, находящихся в воздухе;
- Г) гельминты;
- Д) хламидии.

Ответ: (А)

164. Механизм действия антигистаминных препаратов состоит в:

- А) связывании свободного гистамина;
- Б) высвобождении гистамина;
- В) конкурентном действии с гистамином за Н-рецепторы;
- Г) томлении образования гистамина;
- Д) усиленном выведении гистамина.

Ответ: (А)

165. Среди перечисленных классов иммуноглобулинов реагином соответствует:

- А) IgE;
- Б) IgD;
- В) IgM;
- Г) IgA;
- Д) IgA.

Ответ: (А)

166. Для пыльцевой бронхиальной астмы характерно:

- А) обострение в зимнее время года;
- Б) круглогодичное течение процесса;
- В) обострение при уборке квартиры;
- Г) обострение в весенне-летнее время года;
- Д) обострение в осеннее время года.

Ответ: (Г)

167. При пыльцевой бронхиальной астме после полной элиминации аллергена:

- А) все функциональные легочные нарушения полностью нормализуются;
- Б) сохраняется незначительный скрытый бронхоспазм в течение года;
- В) сохраняется выраженный бронхоспазм в течение полугода;
- Г) сохраняются нарушения вентиляции по рестриктивному типу;
- Д) сохраняются нарушения вентиляции по обструктивному типу.

Ответ: (А)

168. Наиболее эффективным методом профилактики обострения поллиноза является:

- А) иглорефлексотерапия;
- Б) назначение антимедиаторных препаратов;
- В) назначение глюкокортикостероидов;
- Г) специфическая иммунотерапия;
- Д) физиотерапия.

Ответ: (Г)

"Верно-неверно"

Выбрать абсолютно неверные ответы.

169. У служащей крупной гостиницы, оснащённой кондиционерами, остро повысилась температура до 40°C, появились озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии выявлены инфильтративные изменения в обоих лёгких.

Несколько дней назад сослуживец больной был госпитализирован с пневмонией. Какова наиболее вероятная причина пневмонии?

- а) клебсиелла;
- б) легионелла;
- в) микоплазма пневмонии;
- г) палочка Пфейффера;
- д) золотистый стафилококк.

Ответ: (а, в, г, д)

170. Больной имеет больничный лист по ОРВИ с 18.03 по 23.03. На приём пришел 22.03 с объективными признаками очаговой пневмонии. Оформить больничный лист.

- а) Продлить больничный лист с 24.03;
- б) То же, но сделать отметку о нарушении режима;
- в) Оформить новый больничный лист, а старый закрыть 23.03.

Ответ: (а, в)

A - тип

Выбрать один правильный ответ.

171. Укажите сроки контрольных осмотров и продолжительность диспансерного наблюдения реконвалесцентов после затяжного течения острой пневмонии:

- а) в течение 6 месяцев однократно;
- б) в течение 3 месяцев ежемесячно;
- в) ежеквартально в течение 12 месяцев;
- г) через 1, 3, 6, 12 месяцев;
- д) через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев.

Ответ: (г)

172. Укажите ориентировочные сроки пребывания на листке нетрудоспособности пациента со среднетяжелым течением острой пневмонии, если он работает, бухгалтером и госпитализирован на 2-й день от начала заболевания:

- а) 13 дней;
- б) 21 день;
- в) 28 дней.

Ответ: (б)

173. Укажите антибактериальный препарат, используемый для лечения острой пневмонии условиях «стационара на дому»:

- а) Бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД 4 раза в день внутримышечно;
- б) Бисептол по 0,96 2 раза в день;
- в) Эритромицин по 0,5 4 раза в день внутрь;
- г) Неомицина сульфат по 0,25 2 раза в день внутрь;
- д) Ципрофлоксацин по 0,5 2 раза в день внутрь

Ответ: (д)

K-тип

Выберите правильную комбинацию ответов

174. Кто из указанных медицинских работников не имеет права на выдачу больничного листка при внебольничной пневмонии?

- а) участковый врач, состоящий в штате ЛПУ;
- б) фельдшер здравпункта;
- в) врач скорой медицинской помощи;
- г) врач профилактория;
- д) врач стационара

Ответ: (б, в, г)

175. Нозокомиальные госпитальные пневмонии чаще вызываются:

- а) пневмококком;
- б) стафилококком;
- в) легионеллой;
- г) микоплазмой;
- д) грамотрицательной флорой.

Ответ: (б, д)

R-тип

176. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

А. Мужчина 45 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, головную боль, боль в грудной клетке справа при глубоком дыхании и кашле, повышение температуры тела до 38°C. При объективном осмотре: состояние средней степени тяжести, тахипноэ до 23, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. В клиническом анализе крови лейкоцитов $11 \times 10^9/\text{л}$. На крупнокадровой флюорографии выявлена инфильтрация в нижней доле правого лёгкого.

Б. Женщина, 50 лет, поступила в хирургическое отделение с диагнозом Язвенная болезнь желудка, тяжёлое течение, желудочное кровотечение IA (по Форрест). Выполнена субтотальная резекция желудка. На пятый 5 день повысилась температура тела до 40°C. В клиническом анализе крови лейкоцитов $9 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильный сдвиг влево, СОЭ 19 мм/час. На обзорной рентгенограмме грудной клетки выявлена инфильтрация в нижней доли правого лёгкого.

Варианты ответов.

1. Внебольничная типичная пневмония нижней доли правого лёгкого.
2. Хронический обструктивный бронхит, обострение.
3. Туберкулёз.
4. Внутрибольничная типичная пневмония нижней доли правого лёгкого.

Ответ: (А-1,Б-4).

"Верно-неверно"

Выбрать абсолютно неверные ответы.

177. Укажите, какой степени дыхательной недостаточности соответствуют следующие показатели функции внешнего дыхания у больного 42 лет с хроническим бронхитом: ЖЕЛ = 58% от должной величины, ОФВ1 = 1,4л, пневмотахометрия выдоха = 60% от должной величины?

- а) I.
- б) II.
- в) III.

Ответ: (а, в)

178. Какие β_2 -агонисты обладают пролонгированным действием?

- а) сальбутамол;
- б) холинолитик;
- в) комбинация адреномиметика и холинолитика.

Ответ: (а, б)

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

А-тип

179. Выбрать один правильный ответ.

Фельдшер станции скорой медицинской помощи 25 лет, уволился с работы 20 августа, а 31 августа зачислен на учёбу в медицинский институт. 10 сентября при обращении в поликлинику у него диагностирована внебольничная пневмония.

1. Какой документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, должен быть выдан 10 сентября?
 - а) справка формы 095/У;
 - б) листок нетрудоспособности;
 - в) справка произвольной формы

Ответ: (б)

2. Имеются ли в настоящее время показания к госпитализации?

- а) да;
- б) нет.

Ответ: (а)

180. Укажите максимальные сроки нетрудоспособности, в которые должен быть представлен на МСЭК грузчик, больной хроническим обструктивным бронхитом, осложнённым хроническим лёгочным сердцем, дыхательной недостаточностью 2 степени и недостаточностью кровообращения IIБ:

- а) 4 месяца;
- б) 6 месяцев;
- в) 10 месяцев;
- г) 12 месяцев.

Ответ: (а)

181. Укажите показания для проведения лечения больных пневмонией в домашних условиях (стационаре на дому):

- а) неосложнённая очаговая пневмония лёгкого течения у учащегося ПТУ, живущего в общежитии;
- б) неосложнённая очаговая пневмония лёгкого течения у инженера, живущего с семьёй в

благоустроенной квартире;

- в) очаговая острая пневмония у одинокой женщины в возрасте 70 лет, имеющей хронический бронхит;
- г) крупозная пневмония.

Ответ: (б)

K-тип

Выберите правильную комбинацию ответов.

182. Укажите показания к выдаче листка нетрудоспособности при хроническом бронхите:

- а) обострение бронхита у каменщика;
- б) ДН II степени у бухгалтера;
- в) кровохарканье у учителя;
- г) хроническое лёгочное сердце с НК I стадии у вахтёра.

Ответ: (а, в)

183. Какие препараты следует назначить больному с хроническим бронхитом и лёгочной гипертензией?

- а) нитросорбит;
- б) каптоприл;
- в) нифедипин;
- г) сердечные гликозиды;
- д) длительная кислородотерапия.

Ответ (а, в, д)

R-тип

184. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

А. Мужчина 30 лет. Обратился к ВОП с жалобами на слабость, головные боли, повышение температуры тела до 37,9°C, кашель с выделением мокроты зелёного цвета, одышку, приступы удушья. Больным себя считает 5 лет. С подобными жалобами обращается к ВОП 2 раза в год. Курит с 18 лет по одной пачке в день. Настоящее заболевание связывает с переохлаждением. При объективном осмотре: гиперемия лица, выраженный гипергидроз, тахипноэ до 25 в минуту, усиление бронхофонии и жёсткое дыхание над всей поверхностью легких. В клиническом анализе крови лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$. На сделанной в тот же день крупнокадровой флюорограмме изменений не обнаружено.

Б. Мужчина 40 лет, водитель троллейбуса, на профилактическом медицинском осмотре предъявляет жалобы на периодически возникающие приступы удушья с преимущественным затруднением выдоха и появлением свистящего дыхания. Между этими приступами дыхание бывает абсолютно нормальным. В анамнезе вазомоторный ринит. При объективном исследовании над всей поверхностью лёгких определяется тимпанит при перкуссии и везикулярное дыхание при аускультации.

Варианты ответов.

1. острый бронхит.
2. внебольничная типичная пневмония.
3. хронический обструктивный бронхит, обострение.
4. хронический обструктивный бронхит, лёгочное сердце,
5. бронхиальная астма.
6. силикоз

Ответ: (А-3, Б-5)

4) *Решите ситуационные задачи*

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

На прием к ВОП обратилась больная Н., 55 лет. Жалобы на частые приступы удушья (до 6 за сутки), экспираторную одышку. В межприступный период при малейшей физической нагрузке появляются кашель с малым количеством слизисто-гнойной мокроты, потливость, слабость, сердцебиение.

Считает себя больной около 7 лет, когда после перенесенной очаговой пневмонии появились приступы удушья, которые начинались с мучительного кашля и завершались отделением вязкой слизисто-гнойной мокроты. Заболевание обострялось в осенне-зимний период. Во время ремиссии сохранялся кашель с мокротой. Последние 3 года появилась экспираторная одышка при незначительной физической нагрузке. Последнее обострение связывает с переохлаждением. Более 10 лет страдает хроническим бронхитом, дважды перенесла очаговую пневмонию.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, выраженный гипергидроз, температура тела - 37,4°C, положение тела вынужденное - сидя с фиксированным плечевым поясом. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха, в акте дыхания участвуют мышцы спины и плечевого пояса. Слышны

дистанционные хрипы. ЧД - 28 в 1 мин. Перкуторно - звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно - дыхание жесткое, масса сухих хрипов различного тембра. Тоны сердца приглушены, тахикардия - 100 в 1 мин. Акцент II тона над легочной артерией. АД -150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: Эр. - $4,8 \times 10^{12}/л$, Нб - 130 г/л, ЦП - 0,9, лейкоц. - $9,0 \times 10^9/л$, э. - 10, п. - 6, с. - 50, л. - 26, м. - 8, СОЭ - 24 мм/час.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больной Л., 29 лет, пришел на прием к ВОП с жалобами на кашель с желтоватой мокротой, слабость, потливость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при быстрой ходьбе. Ухудшение состояния началось к вечеру после работы в холодную погоду на открытой площадке 2 дня назад.

Объективно: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Зев чистый. Температура тела $37,4^{\circ}$. Перкуторно легочный звук, зон притуплений нет. Аускультативно дыхание везикулярное с жестким оттенком, проводные средне- и мелкопузырчатые хрипы. При откашливании уменьшаются. АД 125/80 мм рт. ст. Пульс 88 в минуту. Тоны сердца не изменены, ритмичные. Пальпация живота без особенностей. Отправления в норме.

ЗАДАНИЕ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.
7. Оцените временную степень утраты трудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больной Л., 49 лет, строитель-монтажник, пришел на прием к ВОП с жалобами на сухой кашель с небольшим количеством светло-желтой, тягучей мокроты, усилившийся в течение последней недели, больше по утрам, нарастающую слабость, потливость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при обычной физической нагрузке. В течение последних 4 лет стоит на диспансерном учете по поводу ХОБЛ. Последнее обострение связывает с работой в холодную ветреную погоду на открытой площадке. Злостный курильщик.

Объективно: Состояние ближе удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, сухие, небольшой теплый акроцианоз. Зев чистый. Температура тела $37,2^{\circ}$. Дыхание свободное с затрудненным выдохом. ЧДД - 20 в мин. Перкуторно: легочный звук, с зонами коробочного оттенка, притуплений нет. Аускультативно: дыхание ослабленное везикулярное с жестким оттенком, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. В проекции крупных бронхов выслушиваются единичные, влажные хрипы. При откашливании уменьшаются. АД 145/90 мм рт. ст. Пульс 92 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2 тона на легочной артерии. Пальпация живота безболезненна. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Отеков нет.

ЗАДАНИЕ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).

6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

7. Оцените временную степень утраты трудоспособности.

Рекомендуемая литература:

Основная:

3. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

4. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.

Дополнительная:

3. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЭОТАР_Медиа, 2013.

4. Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание /под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>.

5. Хроническая обструктивная болезнь легких [Электронный ресурс]: руководство для практикующих врачей / под ред. А. Г. Чучалина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.rosmedlib.ru>.

6. Легочная гипертензия [Электронный ресурс] / С. Н. Авдеев и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru>.

7. Острый бронхит у взрослых. Модуль / Лещенко И.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017 – <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>.

Раздел 2 «Болезни сердца и сосудов»

Тема 1 «Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний/состояний»;

Тема 2 «Диагностика сердечно-сосудистых заболеваний»;

Тема 3 «Сердечно-сосудистые состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП»;

Тема 4 «Поражения сердца, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем»;

Тема 5 «Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы в ОВП»;

Тема 6 «Неотложные состояния».

Цель: к концу обучения раздела «Болезни сердца и сосудов» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, чтобы эффективно оказывать соответствующую помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в разные возрастные периоды.

Задачи:

1. Обучить проведению полного клинического обследования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями/состояниями в условиях ОВП.

2. Рассмотреть распространенность основных сердечно-сосудистых состояний/заболеваний в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.

3. Обучить проведению профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся сердечно-сосудистых состояниях/заболеваниях и выявлению основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.

4. Обучить умению устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические сердечно-сосудистые заболевания/состояния, и их семьями в условиях ОВП.

5. Обучить организации помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями/состояниями наиболее эффективным образом используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

В пределах контекста первичной медицинской помощи для каждой проблемы/состояния/заболевания сердечно-сосудистой нужно знать следующие области:

этиологию и патогенез распространенных синдромов и заболеваний сердца и сосудов

естественное течение острых и хронических состояний/заболеваний

распространенность состояний/заболеваний в популяции и в различных половозрастных группах

типичные и нетипичные проявления и осложнения у взрослых, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста, беременных

факторы риска

особенности диагностики

лечение – начальное, неотложное, непрерывное

критерии для направления к специалистам и в стационар

1. Нормальная анатомия и физиология сердечно-сосудистой системы в различные возрастные периоды и при беременности

2. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний/состояний

2.1. Гиперлипидемия/гиперхолестеринемия

2.2. Гиподинамия

2.3. Ожирение

2.4. Курение

2.5. Генетическая предрасположенность

2.6. Диабет

Психоэмоциональный стресс

Алкоголь

Артериальная гипертензия

Пища

3. Сердечно-сосудистые состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП.

3.1. Основные симптомы и синдромы

3.1.2. Боль в груди

3.1.3. Дислипидемия/гиперхолестеринемия

3.1.4. Хроническая застойная сердечная недостаточность

3.1.4.1. Систолическая дисфункция

3.1.4.2. Диастолическая дисфункция

3.1.5. Отечный синдром

3.2. Основные сердечно-сосудистые заболевания

- 3.2.1. Ишемическая болезнь сердца
 - 3.2.1.1. Стабильная стенокардия
 - 3.2.1.2. Нестабильная стенокардия
 - 3.2.1.3. Инфаркт миокарда не осложненный, с осложнениями
 - 3.2.1.4. Внезапная смерть
- 3.2.2. Артериальная гипертензия
 - 3.2.2.1. Эссенциальная
 - 3.2.2.2. Вторичная (симптоматическая)
- 3.2.3. Нарушения ритма и проводимости
 - 3.2.3.1. Суправентрикулярные аритмии
 - 3.2.3.2. Вентрикулярные аритмии
 - 3.2.3.3. Блокады (синоаурикулярные, атрио-вентрикулярные, вентрикулярные)
 - 3.2.3.4. Дисфункция синусового узла
 - 3.2.3.5. Синдром преждевременного возбуждения желудочков
- 3.2.4. Пороки сердца
 - 3.2.4.1. Врожденные
 - 3.2.4.2. Приобретенные
 - 3.2.4.1. Ревматические
 - 3.2.4.2. Дегенеративные
 - 3.2.4.3. Протрузия митрального клапана
- 3.2.5. Кардиомиопатии
 - 3.2.5.1. Дилатационная
 - 3.2.5.2. Гипертрофическая
 - 3.2.5.3. Констриктивная
 - 3.2.5.4. Послеродовая
- 3.2.6. Миокардиты
- 3.2.7. Перикардиты
- 3.2.8. Инфекционный эндокардит
- 3.2.9. Атеросклероз
- 3.2.6. Болезни сосудов конечности
 - 3.2.6.1. Облитерирующие заболевания
 - 3.2.6.2. Эмболия и острый тромбоз
 - 3.2.6.3. Варикозное расширение вен и посттромбофлебитический синдром
 - 3.2.6.4. Болезнь и синдром Рейно
- 3.2.7. Нейроциркуляторная дистония
- 4. Поражения сердца, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем
 - 4.1. Диффузные заболевания соединительной ткани
 - 4.2. Нарушение функции щитовидной железы
 - 4.2.1. Тиреотоксикоз
 - 4.2.2. Гипотиреоз
 - 4.3. Алкоголизм
 - 4.4. Сердце спортсмена
 - 4.5. Анемии
 - 4.6. Диабет
 - 4.7. Хроническая почечная недостаточность
- 5. Неотложные состояния
 - 5.1. Острая сердечная недостаточность
 - 5.1.1. Левожелудочковая (сердечная астма, отек легких)
 - 5.1.2. Правожелудочковая (ТЭЛА, пневмоторакс и др.)
 - 5.2. Жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости
 - 5.3. Гипертонический криз
 - 5.4. Острый коронарный синдром
 - 5.5. Кардиогенный шок
 - 5.6. Клиническая смерть
 - 5.7. Синкопе
 - 5.8. Расслаивающая аневризма аорты
- 6. Диагностика сердечно-сосудистых заболеваний
 - 6.1. Клиническое обследование (опрос, физикальный осмотр)

- 6.2. Неинвазивные методы исследования
 - 6.2.1. Электрокардиография
 - 6.2.2. Рентгенография/флюорография грудной клетки и сердца
 - 6.2.3. Электрокардиография с физической нагрузкой
 - 6.2.4. Фармакологические электрокардиографические тесты
 - 6.2.5. Холтеровское мониторирование электрокардиограммы
 - 6.2.6. Суточное мониторирование артериального давления
 - 6.2.7. Ультразвуковое исследование сердца и сосудов, включая использование Допплера
 - 6.2.8. Лабораторные методы исследования, включая ферменты и липиды в сыворотке крови
- 6.3. Инвазивные методы исследования (показания, противопоказания, осложнения, диагностическая ценность)
 - 6.3.1. Ангиография коронарных и периферических сосудов, сонных артерий
- 7. Хирургическое лечение сердечно-сосудистых заболеваний (показания, противопоказания, осложнения, влияние на течение и прогноз основного заболевания, до- и послеоперационное амбулаторное ведение пациентов)
 - 7.1. Коронарное шунтирование
 - 7.2. Баллонная коронарная ангиопластика и стентирование
 - 7.3. Имплантация пейсмекера
 - 7.4. Комиссуротомия, протезирование клапанов сердца
 - 7.5. Реконструктивные операции на периферических артериях
 - 7.6. Установка кава-фильтра
 - 7.7. Флеботомия
- 8. Клиническая фармакология сердечно-сосудистых препаратов. Основные группы лекарственных препаратов:
 - 8.1. Антиангинальные
 - 8.2. Антигипертензивные
 - 8.3. Антиаритмические
 - 8.4. Симпатомиметики
 - 8.5. Антикоагулянты, тромболитики и антиагреганты
 - 8.6. Гиполипидемические
- 9. Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы в ОВП
 - 9.1. Немедикаментозная
 - 9.1.1. Рациональное питание
 - 9.1.2. Физическая активность
 - 9.1.3. Контроль веса
 - 9.1.4. Контроль стресса
 - 9.1.5. Контроль артериального давления
 - 9.2. Медикаментозная, в том числе профилактика антибиотиками инфекционного эндокардита.
- 10. Психосоциальные проблемы
 - 10.1. Половая жизнь при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
 - 10.2. Изменения в семье, имеющей больного с сердечно-сосудистыми заболеваниями
 - 10.3. Депрессия, связанная с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Обучающийся должен уметь: применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов, имеющих проблемы/состояния/заболевания сердечно-сосудистой системы, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

точного их выполнения в соответствии со стандартом, знаний показаний/противопоказаний, возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Навыками истории пациента с состояниями/заболеваниями сердечно-сосудистой системы:

Опроса (жалобы, анамнез)
Исследования сердечно-сосудистой системы (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация сердца и сосудов)

Измерения артериального давления у взрослых и детей

Лабораторными исследованиями:

Интерпретацией данных клинических лабораторных методов (общего анализа крови и мочи, биохимического анализа крови)

Интерпретацией анализа липидного спектра крови

Методами диагностики, процедурами/манипуляциями:

Анализом и регистрацией ЭКГ

Методикой чтения рентгенограмм органов грудной клетки

Сердечно-легочной реанимацией

Навыками оказания неотложной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми состояниями/заболеваниями:

Острая сердечная недостаточность право- и левожелудочковая

Жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости

Гипертонический криз

Острый коронарный синдром

Кардиогенный шок

Клиническая смерть

Синкопе

Расслаивающаяся аневризма аорты

Навыками ведения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями после выписки из стационара, включая инфаркт миокарда и следующие хирургические вмешательства:

Коронарное шунтирование

Баллонная коронарная ангиопластика и стентирование

Имплантация пейсмекера

Комиссуротомия, протезирование клапанов сердца

Реконструктивные операции на периферических артериях

Установка кава-фильтра

Флеботомия

Навыками консультации:

Обучения пациента самостоятельному использованию тонометра и контролю

АД

Обучения пациентов, имеющих ИБС и артериальную гипертензию, самостоятельному купированию болевого синдрома и повышенного артериального давления, а также в каких случаях и куда обращаться для оказания неотложной медицинской помощи

Обучения пациентов самостоятельному контролю веса

Обучения пациента контролю суточного диуреза

Методиками профилактических рекомендаций пациенту с сердечно-сосудистыми состояниями/заболеваниями:

Здоровый образ жизни

Употребление алкоголя

Табакокурение

Назначение физических нагрузок

Рациональное питание

Сексуальная функция

Медикаментозная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений

Консультирование семьи, имеющего больного сердечно-сосудистыми заболеваниями

Навыками организационной работы в ОВП по ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Медицинской экспертизой пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности

Проведением клинико-экспертной комиссии (КЭК)

Определением медицинских показаний к трудоустройству

Навыками управления лечебно-диагностическим процессом в ОВП:

Организацией маршрута пациента, имеющего сердечно-сосудистое заболевание: диагностика, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация

Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам, одиноким и престарелым больным с тяжелыми хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Проведение полного клинического обследования пациентов с сердечно - сосудистыми заболеваниями/состояниями в условиях ОВП.
2. Распространенность основных сердечно - сосудистых состояний/заболеваний в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся сердечно – сосудистых состояниях/заболеваниях и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Умение устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические сердечно - сосудистые заболевания/состояния, и их семьями в условиях ОВП.
5. Организация помощи пациентам с сердечно - сосудистыми заболеваниями/состояниями наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

2. Практическая работа. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (перечислить), освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.*

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач:*

- выделить признаки серьезного заболевания,
- факторы риска и сопутствующие заболевания,
- физикальное исследование,
- инструментальные исследования
- лечение

2) *Пример задач с разбором по алгоритму*

1. Впервые диагностированная артериальная гипертензия (ВДАГ)

Типичный случай

Мужчина 50 лет, стаж курильщика 35 лет, страдает ожирением. В семейном анамнезе родители страдали артериальной гипертензией (АГ), отец умер от инсульта. Пациент ведет малоподвижный образ жизни. Предъявляет жалобы на головные боли, преимущественно в затылочной части головы, тошноту, мелькание «мушек» перед глазами.

Признаки серьезного заболевания

- Установленный диагноз или подозрение на вторичную (симптоматическую) АГ;
- Разница в АД на левой и правой руке превышает 20/10 мм.рт.ст.;
- При проведении медикаментозной терапии «целевые» значения АД не достигнуты в течение 6 месяцев.

Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации

Злоупотребление алкоголем, курение, малоподвижный образ жизни, ожирение.

Ведение больного

Диагностика

Анамнез

Необходимо обратить внимание на:

- Возможные причины АГ как вторичного состояния (симптоматическая АГ);
- Оценить факторы риска и сопутствующие заболевания, повышающие риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений (ССО – смертельного и несмертельного инсульта, инфаркта миокарда) – курение, диабет, гиперхолестеринемия, дислипотеидемии, семейный анамнез ССО; оценка риска ССО должна проводиться всем пациентам с АГ, поскольку она определяет тактику ведения пациентов.

Физикальное исследование

Для измерения АД должен использоваться аускультативный метод (метод Короткова);

Для диагностики АГ (АД \geq 140/90 мм.рт.ст.) необходимо, как минимум, два случая регистрации повышенного АД. Для этого необходимо два осмотра, в каждом из которых проводилось по два измерения;

Классифицируйте АГ по уровню систолического и диастолического АД. Если уровни систолического и диастолического АД соответствуют разным степеням АГ, то оценку необходимо проводить по цифрам,

которые соответствуют более высокой степени повышения АД (предгипертензия 120-139/80-89 мм.рт.ст.; I степень – 140-159/ 90-99мм.рт.ст.; II степень – 160-179/>=100 мм.рт.ст.; изолированная систолическая АГ – $\geq 140 / < 90$ мм.рт.ст.).

Инструментальные исследования

Оценка риска ССО (выявление поражения органов-мишеней, факторов риска, сопутствующих заболеваний), а также уточнение диагноза должны проводиться только тем пациентам, у которых уровни АД соответствуют I или II степени АГ:

Уровень глюкозы, общий холестерин крови ($> 6,5$ ммоль/л), уровень белка в моче, уровень креатинина крови (106-177 мкмоль/л или 1,2-2,0 мг%);

ЭКГ в 12 отведениях (или ЭхоКГ или рентгенография грудной клетки в прямой проекции) с целью выявления гипертрофия левого желудочка сердца;

Офтальмоскопия – с целью выявления генерализованного или очагового сужения артерий сетчатки, экссудатов, отёка соска зрительного нерва;

Пациентам, у которых уровень АД превышает пороговый уровень АД, соответствующий II степени АГ, проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований нецелесообразно, поскольку их результаты не влияют на тактику ведения пациентов с АГ.

Факторы риска

Мужской пол; возраст: > 55 лет (мужчины) и > 65 лет (женщины); малоподвижный образ жизни; ожирение; чрезмерное употребление алкоголя; курение; прием оральных контрацептивов; сердечно-сосудистые заболевания в семейном анамнезе.

Лечение

Целью лечения является снижение АД до уровня ниже 140/90 мм рт. ст. Достижение этих значений АД способствует значительному снижению риска ССО у пациента. Терапия ВДАГ должна быть направлена на снижение как систолического, так и диастолического артериального давления. Даже незначительное снижение АД при терапии полезно, если невозможно достигнуть «целевых» значений АД. Решение о тактике ведения пациентов с ВДАГ принимается на основании данных об уровне повышения АД, а также степени риска развития ССО.

Если присутствуют индикаторы серьезного заболевания

Направить пациента на консультацию к соответствующему специалисту.

Если индикаторов серьезного заболевания нет

Мероприятия по изменению образа жизни (немедикаментозному вмешательству) должны быть рекомендованы всем пациентам с ВДАГ. Проведение данных мероприятий уменьшает необходимость в использовании ЛС для лечения АГ, кроме того, эти действия повышают эффективность самой медикаментозной терапии:

Употребление поваренной соли необходимо снизить до уровня менее 5-6 г. в сутки (объём одной чайной ложки);

Немедленно начинайте медикаментозную терапию у пациентов с высоким риском ССО;

При АГ I степени медикаментозное лечение начинайте с монотерапии тиазидовыми диуретиками или б-блокаторами или ингибиторами АПФ (при наличии противопоказаний к препаратам других групп); комбинированная терапия назначается при неэффективности монотерапии (через 6-12 недель наблюдения);

При АГ II степени начинайте с комбинации двух препаратов в минимальной дозе (комбинируйте тиазидовые диуретики с ингибиторами АПФ, и при необходимости добавляйте к ним антагонисты кальция; комбинируйте б-адреноблокаторы с антагонистами кальция (дигидропиридины) и при необходимости добавляйте к ним ингибиторы АПФ). При непереносимости ингибиторов АПФ заменяйте их антагонистами рецепторов ангиотензина II;

Кроме указанных групп препаратов могут использоваться комбинации с препаратами других групп (препараты центрального действия, симпатолитики и вазодилаторы прямого действия), а также комбинации из трёх препаратов;

Предпочтительно использование препаратов с длительной (24-х – часовой) продолжительностью действия для обеспечения одно- или двухразового приёма;

Начинайте терапию с использования минимальных доз препарата;

В настоящее время существует большой спектр комбинированных препаратов, содержащих два и более препарата в своём составе. Данных о том, что такие препараты обладают большим гипотензивным действием, чем препараты, входящие в их состав и назначаемые отдельно, нет;

После начала медикаментозной терапии дальнейшая тактика лечения зависит от того, были ли достигнуты «целевые» значения АД, а если нет, отмечалось ли снижение АД относительно исходного. Уровень «целевых» значений АД должен быть достигнут в течение 6-12 недель после начала медикаментозной терапии;

Гипотензивная терапия обычно проводится на протяжении всей жизни. После длительного и стабильного контроля АД на уровне «целевых» значений можно уменьшить дозу и количество принимаемых препаратов, особенно среди пациентов, строго соблюдающих рекомендации по немедикаментозной терапии

Если присутствуют психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации:

Пациентам, употребляющим алкоголь, рекомендовано ограничить приём до уровня не более 20-30 г этанола /сут для мужчин (60 мл водки, 250 мл вина) и 10-20 г этанола/сут для женщин (40 мл водки, 150 мл вина);

Рекомендуйте курящим пациентам бросить курить;

Пациентам с избыточной массой тела ($ИМТ \geq 25,0$ кг/м²) необходимо рекомендовать снижение веса. Пациентам необходимо выполнять регулярные физические упражнения (например, умеренно интенсивная ходьба на воздухе в течение 30-45 мин, 3-4 раза в неделю);

Употребление фруктов и овощей необходимо увеличить, а продуктов, содержащих насыщенные жирные кислоты уменьшить.

2. Острый инфаркт миокарда (ОИМ)

ОИМ – это некроз участка сердечной мышцы в результате нарушения ее кровоснабжения или острый процесс ишемии миокарда достаточной тяжести и продолжительности, чтобы вызвать некроз миокарда.

Врач общей практики при наличии у пациента симптомов ОИМ должен незамедлительно приступить к лечению и вызвать бригаду скорой помощи, по возможности специализированной, но не терять времени, если таковая недоступна.

Признаки серьезного состояния

- Аритмии;
- Кардиогенный шок;
- Отек легких;
- Трансмуральный ИМ (Q-инфаркт, см. ЭКГ)

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

- Пожилой и старческий возраст;
- Низкий уровень образования;
- Низкий уровень комплаентности (плохое соблюдение медицинских рекомендаций);
- Отягощенная наследственность;
- Вредные привычки (курение, алкоголизм).

Факторы риска развития ОИМ

- Артериальная гипертония;
- Сахарный диабет;
- Курение;
- Нарушение пуринового обмена (подагра);
- Ожирение.

Группа высокого риска

Больные с персистирующей СН, выраженным нарушением функции ЛЖ, рано появившейся стенокардией покоя или стенокардией при минимальных физических нагрузках, рецидивирующей аритмией. Эти больные чаще всего пожилые люди со множеством факторов риска, в анамнезе обычно имеется ИМ. Функцию ЛЖ оценивают с помощью ЭХОКГ или скинтиграфии.

Группа среднего риска

Больные старше 55 лет, имеют переходящую СН, ИМ в анамнезе, или имеют такие факторы риска, как АГ или диабет. У этих больных следует оценивать дисфункцию ЛЖ и остаточную ишемию. Последнюю можно оценить с помощью нагрузочной ЭКГ, радиоизотопной вентрикулографии на фоне нагрузки или нагрузочной ЭХОКГ.

Группа низкого риска

Больные моложе 55 лет, нет ИМ в анамнезе. Наиболее полезное исследование - нагрузочная ЭКГ. Она может быть проведена в виде пробы с субмаксимальной физической нагрузкой или как тест на тредмиле или на велоэргометре через 3-8 недель после ИМ.

Ведение больного

Диагноз

Клинические признаки

Боль локализована в груди, в предсердечной области (в легких случаях – за грудиной, в более тяжелых случаях – разлитая, распространяется на плечо, верхние конечности, шею, нижнюю челюсть и в межлопаточное пространство)

Характер – внезапное появление, постепенное нарастание, давящая или сжимающая

Длительность – 30 мин и более. Часто сопровождается страхом приближающейся смерти

Боль отличается от таковой при стенокардии – большей интенсивностью и продолжительностью, не снимается нитратами а иногда и наркотиками. Возможны случаи безболевого ОИМ или с атипичными болевыми симптомами, например, с преобладающими болями в эпигастральной области. Остро развившийся отек легких или потеря сознания могут быть первыми проявлениями инфаркта миокарда.

Инструментальные

Изменения ЭКГ

В большинстве случаев инфаркта обнаруживаются: некротический участок, зона повреждения и зона ишемии, которые проявляются на ЭКГ. Объем изменений на ЭКГ отражает объем пораженного миокарда.

Крупноочаговый ИМ характеризуется подъемом сегмента ST выше изолинии в виде монофазной кривой, когда сегмент ST сливается с положительным зубцом T. Для трансмурального ИМ характерно исчезновение зубца R. Вместо нормального комплекса QRS формируется патологический комплекс QS.

Интрамуральный ИМ диагностируется по появлению «коронарного» зубца T, при этом патологический зубец Q не появляется.

Мелкоочаговый ИМ характеризуется небольшим смещением сегмента ST вверх (при субэпикардальном ИМ) или вниз (при субэндокардиальном ИМ) и инверсией зубца T.

Повторная запись ЭКГ в течение первых часов помогает выяснить динамику процесса. Точнее оценить ЭКГ позволяет сравнение с более ранними записями.

ОИМ с патологическими зубцами Q. Тромботическая окклюзия коронарной артерии возникает у 80% больных с инфарктом миокарда и ведет к трансмуральному некрозу миокарда и появлению зубца Q на ЭКГ.

ОИМ без патологических зубцов Q. Чаще всего возникает при спонтанном восстановлении перфузии или хорошо развитых коллатералях. В результате размер инфаркта — меньше, функция левого желудочка страдает не столь сильно, больничная летальность — ниже. Однако в связи с тем, что такие инфаркты миокарда — «незавершенные» (то есть оставшийся жизнеспособным миокард снабжается пораженной коронарной артерией), частота повторных инфарктов миокарда больше, чем при инфаркте миокарда с патологическими зубцами Q; к концу первого года летальность уравнивается. Поэтому при инфаркте миокарда без патологических зубцов Q придерживаются более активной лечебно-диагностической тактики.

ОИМ с депрессией сегмента ST. При инфаркте миокарда с депрессией сегмента ST летальность составляет 10—18%, вероятность многососудистого поражения выше, а фракция выброса левого желудочка ниже, чем при инфаркте миокарда без депрессии ST. При лечении тромболитиками отмечена тенденция к увеличению летальности, поэтому в этой группе их обычно не назначают.

ОИМ с подъемом сегмента ST или блокада левой ножки пучка Гиса. При ИМ с подъемом ST >1 мм (в двух и более смежных отведениях) или блокадой левой ножки пучка Гиса восстановление перфузии дает эффект, если это сделано в первые 12 ч от появления симптомов. Получены некоторые данные о том, что тромболитики или баллонная коронарная ангиопластика предпочтительны для лечения различных подгрупп больных, но единства мнений на этот счет пока нет.

При случайном обнаружении у пациента отсутствовавших ранее признаков ИМ или указаний на возможно перенесенный ИМ пациента следует направить на консультацию к кардиологу.

Лабораторные

Сердечные тропонины T и I – кардиоспецифические белки; повышение их концентрации с первых часов ИМ и последующее снижение (до 20 дня) – маркер некроза миокарда, более специфичные и надежные, чем традиционно определяемые креатинфосфокиназа и ее МВ фракции.

Сердечная фракция КФК (МВ – фракция КФК) - начинает повышаться через 4-5 ч после начала болевого синдрома и достигает своей максимальной величины на 3-6 ч раньше, чем общая активность КФК.

Креатинфосфокиназа (КФК) – начинает повышаться через 4-6 ч от начала болезни. Спустя 6-8 часов от начала болезни активность ее превышает исходный уровень в 4-8 раз. Максимальная активность КФК определяется через 15-26 ч после начала болезни.

АсАт – начинает повышаться в первые часы после инфаркта и достигает максимума на 2-е сутки. ЛДГ – начинает повышаться приблизительно через 6-8 ч и достигает максимума в конце 3-х суток после возникновения ИМ. АсАт и ЛДГ - неспецифические признаки ИМ, имеют низкую диагностическую точность.

ЭхоКГ Проводят при затяжном болевом синдроме и отсутствии типичных изменений на ЭКГ. Нарушения локальной сократимости указывают на ишемию или инфаркт миокарда (перенесенный или острый).

Экстренная коронарная ангиография (КА) Проводится при наличии факторов риска ИБС и затяжном болевом синдроме, когда изменения ЭКГ не дают полной уверенности в диагнозе (депрессия сегмента ST, инверсия зубца T). Нарушения локальной сократимости левого желудочка (по данным вентрикулографии) и тромботическая окклюзия коронарной артерии подтверждают диагноз инфаркта миокарда. Нередко КА является первым шагом к баллонной коронарной ангиопластике.

Лечение

При наличии признаков серьезных проблем

Пациент должен быть незамедлительно транспортирован в специализированное отделение стационара.

При отсутствии признаков серьезных проблем

Транспортировка в стационар, где может быть оказана квалифицированная кардиологическая помощь, предпочтительно специализированной бригадой скорой помощи, укомплектованной дефибриллятором, электрокардиографом, время транспортировки не более 120 мин. При ограничении доступа к транспортировке специализированной бригадой использовать обычную.

Медикаментозное лечение

При сильной боли, сохраняющейся после применения нитроглицерина, немедленно ввести наркотические анальгетики (только в/в), морфина гидрохлорид 10 мг развести в 10 мл 0,9% раствора NaCl и в/в медленно около 5 мг, далее при необходимости по 2-4 мг с интервалами как минимум 5 мин до достижения эффекта.

При сохранении боли – нитроглицерин внутривенно (5 мл 1% нитроглицерина разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида), используют при уровне АД выше 90 мм рт ст.

Аспирин – как средство против распространения тромбоза в дозе ≥ 160 мг разжевать и проглотить немедленно. Противопоказания – кровоточащая язва желудка или 12-перстной кишки.

β -блокаторы – в отсутствие противопоказаний в/в введение в первые несколько часов после развития ИМ, затем прием в течение нескольких лет (атенолол – в/в 5 мг в течение 5 мин, через 10 мин возможно введение еще 5 мг, через 15 мин внутрь 50 мг, через 12 ч еще 50 мг, далее 50 – 100 мг 2 раза/сут; метопролол – в/в 5 мг каждые 2 мин до общей дозы 15 мг, через 15 мин внутрь 50 мг, далее по 50 мг каждые 6 ч в течение 48 ч, далее длительно 200 мг/сут в 2-3 приема; пропранолол – в/в первоначально 2-3 мг в течение 1 мин, далее по 1 мг с интервалами минимум 2 мин, максимальная доза 0,1 мг/кг, через 1-2 ч внутрь 40 мг 4 раза/сут в течение 2-3 сут, поддерживающая доза 80 мг 3 раза/сут)

Ингибиторы АПФ – применение в первые 24 часа после развития ИМ, а затем ежедневно в течение приблизительно месяца или при развитии сердечной недостаточности в течение нескольких месяцев (каптоприл – начальная доза 6,25 мг, при хорошей переносимости через 2 ч 12,5 мг, затем 25 мг через 10-12 ч, поддерживающая доза 50 мг 2-3 раза/сут; лизиноприл – начальная доза 2,5 – 5 мг, затем 5 мг через 24 ч, затем при хорошей переносимости 10 мг 1 раз/сут; трандолаприл – первоначально 2 мг 1 раз/сут, поддерживающая доза 4 мг 1 раз/сут; эналаприл – первоначально 2,5 мг 2 раза/сут, поддерживающая доза 10 мг 2 раза/сут)

Тромболизис и вмешательства на коронарных сосудах

Доступны только в специализированных стационарах.

Тромболизис – введение разрушающих тромб препаратов (стрептокиназы или тканевого активатора плазминогена), обычно в комбинации с антикоагулянтами и антиагрегантами. Чем раньше начат тромболизис, тем он эффективнее. При тромболизисе повышается частота развития инсультов, а также внутричерепного кровоизлияния и тяжелых кровотечений. Соответственно, тромболизис противопоказан при геморрагическом инсульте в анамнезе, инсульте в предшествующие 6 мес, новообразовании или травме ЦНС, геморрагических диатезах, подозрении на расслаивающуюся аневризму аорты.

Баллонная коронарная ангиопластика (БКА) – эндохирургическое вмешательство, при котором через бедренную артерию под местной анестезией специальный катетер проводится по аорте до устьев коронарных артерий. Далее в коронарные артерии вводится "лечебный" катетер с баллончиком на конце. В области сужения (стеноза) коронарного сосуда сердца атеросклеротической бляшкой этот баллончик раздувается, механически разрушая бляшку и этим восстанавливается проходимость артерии. Для улучшения результатов лечения в области вмешательства имплантируется стент (протез, не дающий сосуду вновь сузиться). Эта лечебная процедура проводится одномоментно с диагностической коронаро- и вентрикулографией. В отдельных случаях может проводиться аорто-коронарное шунтирование.

При наличии психосоциальных факторов риска

Организация наблюдения на дому, уход, реабилитация. Проведение вмешательств, направленных против отдельных факторов риска (сахарного диабета, гипертензии, гиперлипидемии, курения, подагры)

3. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST

Типичный случай

Мужчина 45-ти лет с жалобами на сжимающие боли за грудиной, впервые возникшие на фоне физической работы в саду 2 дня назад. Боли длились 3 минуты и самостоятельно прошли на фоне физического покоя. Сегодня при подъеме по лестнице на 3-й этаж болевой эпизод повторился. Это насторожило пациента и заставило немедленно обратиться к врачу.

Признаки серьезного заболевания

Ангинозные боли, длящиеся более 15 -20 минут, несмотря на приём нитратов. Без подъема сегмента

ST по данным ЭКГ (на ЭКГ может быть депрессия ST и инверсия зубца T).

Ангинозные боли впервые возникли, на ЭКГ изменений нет.

Ангинозные боли стали появляться в покое или при незначительных физических нагрузках, которые ранее симптоматики не вызывали, на ЭКГ изменений нет.

Ангинозные боли возникли впервые после реваскуляризации

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Депрессия, тревожность

Факторы риска

Курение, сахарный диабет, гиперлипидемии, артериальная гипертензия, ожирение

Ведение пациента

Диагноз

Анамнез

Анамнез является ключевым источником информации для диагноза стенокардии, однако точность диагностики по клиническим проявлениям зависит от пола (у мужчин 90%, а у женщин только 50%)

Типичны сжимающие боли за грудиной на фоне физических нагрузок или после приёма пищи, и/или при выходе на холод; длящиеся 5-10 минут и более, купирующиеся приемом нитратов и/или других сосудорасширяющих препаратов или ограничением провоцирующих факторов. При затяжном приступе боли продолжаются, несмотря на указанные мероприятия. Боли могут иметь иррадиацию левую руку, нижнюю челюсть, могут проявляться дискомфортом, сопровождаться слабостью, потливостью, тошнотой и одышкой, а также беспокойством, страхом смерти.

Атипичная симптоматика: нарушение сознания, абдоминальная локализация болей, одышка (характерна для пожилых старше 75 лет и пациентов женского пола, больных диабетом, а также для молодых лиц 25-40 лет).

Инструментальное обследование

- Снять ЭКГ в 12 отведениях для анализа, полезно мониторировать ритм сердца постоянно
- Оценить состояние сознания
- Определить уровень АД

Лечение

Наладить венозный доступ

Взять кровь для биохимического анализа (электролиты, маркеры некроза миокарда: тропониновый тест, КФК, миоглобиновый тест, показатели свертываемости крови) – при возможности. Обычно биохимические анализы используют для уточнения диагноза в приемном отделении стационара или в кардиологическом отделении.

Контролировать дыхание, желателен пульсоксиметрия при возможности.

Учесть возможность развития болей в грудной клетке в результате расслаивающей аневризмы аорты, острого перикардита, острого миокардита, спонтанного пневмоторакса, тромбоза легочной артерии, заболеваний пищевода, гипертрофической кардиомиопатии, язвы желудка. Выполнить рентген грудной клетки при возможности.

При наличии индикаторов серьезного заболевания

Если признаки ишемии миокарда на ЭКГ есть – вызвать бригаду скорой помощи для эвакуации в специализированное кардиологическое отделение и начать лечение:

Нитроглицерин сублингвально или внутривенно (5 мл 1% нитроглицерина разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида), используют при уровне АД выше 90 мм рт. ст.

Аспирин 160-325 мг per os (разжевать для ускорения действия) в последующие дни 75-160 мг/день. При непереносимости аспирина клопидогрель 75 мг/день, для достижения быстрого эффекта назначают 300-600 мг однократно в начале лечения.

β-адреноблокаторы.

Гепарин 60-70 ед./кг (максимум 5 000 ЕД) в/в.

В специализированном отделении применяют

При подтверждении диагноза ОИМ (положительный тропониновый тест, динамика на ЭКГ) показана коронарография для решения вопроса о реваскуляризации. Назначают гепарин, аспирин (клопидогрель если аспирин противопоказан), β-блокаторы, ингибиторы Пв/Ша рецепторов гликопротеина показаны, если планируется коронаропластика без установки стента.

При нестабильной стенокардии, если при мониторинге выявлены транзиторные ишемические изменения на ЭКГ, сомнительные результаты тропонинового теста (повышение, недостаточное для диагноза ОИМ), рассматривают вопрос об оперативном лечении.

При отрицательном тропониновом тесте мониторируют ЭКГ и повторяют тропониновый теста с целью оценки риска. Если ни ЭКГ, ни биохимических признаков ишемии не выявлено, показано выполнение

нагрузочных проб (велоэргометрия, фармакологические пробы, стресс-ЭХО-КГ). Если толерантность к физическим нагрузкам низкая, или в ходе выполнения нагрузочной пробы выявлены признаки сердечной недостаточности или снижение АД показана ангиография с последующей реваскуляризацией.

При отсутствии признаков серьезных проблем

Если признаков ишемии на ЭКГ нет – госпитализировать с диагнозом нестабильная стенокардия.

После выписки пациента из стационара необходимо проинформировать больного о факторах риска ИБС (рекомендовать отказаться от курения, если пациент курит, мотивировать к соблюдению гиполипидемической диеты; при наличии сахарного диабета и/или артериальной гипертензии – проводить соответствующее лечение).

Назначить аспирин, и/или клопидогрель и β -блокаторы если нет противопоказаний.

Рекомендовать лечебную физкультуру. Нагрузки должны дозироваться под контролем пульса. Частота сердечных сокращений на фоне тренировки не должна превышать $(220 - \text{возраст}) * 0,65$. Продолжительность занятий на первых этапах составляет 10 минут. Через 2-6 недель длительность выполнения упражнений может достигать 30-45 минут и более.

4. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: Острый инфаркт миокарда

Типичный случай

Мужчина 56-ти лет с жалобами на сжимающие боли за грудиной, длящиеся 15 минут, профузный пот, выраженную слабость.

Индикаторы серьезного заболевания

Данное состояние – всегда крайне серьезное.

Ангинозные боли, длящиеся более 10-15 минут несмотря на приём нитратов при выявлении следующих изменений на ЭКГ: подъем сегмента ST на 1 мм и более выше изолинии как минимум в двух соседних отведениях от конечностей и на 2 мм и более в грудных отведениях; впервые зарегистрированная блокада левой ножки пучка Гиса; депрессия сегмента ST, составляющая 2 мм и более в отведениях V1, V2.

Остановка сердца.

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Депрессия, тревожность

Факторы риска

Курение, сахарный диабет, гиперлипидемии, артериальная гипертензия, ожирение

Ведение пациента

Диагноз

Анамнез

Сжимающие давящие боли за грудиной, длящиеся 15-30 минут, несмотря на приём антиангинальной терапии (нитроглицерин и т.п.). Боли могут иметь характерную иррадиацию, могут проявляться дискомфортом, сопровождаться слабостью, потливостью, тошнотой и одышкой, а также беспокойством, страхом смерти. Возможно бессимптомное течение заболевания.

При наличии характерной симптоматики данные анамнеза не так важны как результаты инструментального обследования, особенно в остром периоде. В дальнейшем важна информация о факторах риска ИБС, и переносимости лекарственных средств. Если клинических проявлений нет, сбор анамнеза поможет установить причину выявленных изменений на ЭКГ или выявить атипичный (в т. ч. безболевого) вариант течения ОИМ.

Инструментальное обследование

Снять ЭКГ в 12 отведениях для анализа и мониторировать ритм постоянно

Оценить состояние сознания

Определить уровень АД

Наладить венозный доступ, взять кровь для биохимического анализа (электролиты, маркеры некроза миокарда – тропониновый тест, КФК, миоглобиновый тест, показатели свертываемости крови)

Контролировать дыхание, проводить пульсоксиметрию.

Выполнить рентген грудной клетки.

Учесть возможность развития болей в грудной клетке в результате расслаивающей аневризмы аорты, острого перикардита, острого миокардита, спонтанного пневмоторакса, тромбоэмболии легочной артерии, заболеваний пищевода.

Лечение

Вызвать бригаду скорой помощи и безотлагательно начать лечение:

Если боли в грудной клетке не купированы, то:

· Морфин 2-4 мг внутривенно струйно через каждые 5 минут до исчезновения болевого синдрома.

· Аспирин 160-325 мг per os (желательно дать пациенту разжевать для ускорения действия, противопоказание – обострение язвенной болезни).

· Нитроглицерин сублингвально или внутривенно (5 мл 1% нитроглицерина разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида), используют при уровне АД выше 90 мм рт ст.

Кислород 4 л/минуту через назальную канюлю. Если у пациента хроническое обструктивное заболевание легких, кислородотерапия проводится с осторожностью под контролем пульсоксиметрии, так как снижение концентрации углекислоты к плазме крови может привести к подавлению дыхательного центра.

При остановке сердца (сознание отсутствует, нет дыхания и пульса) приступить к проведению сердечно-легочной реанимации (непрямой массаж сердца, ИВЛ), оценить ритм сердца:

· при фибрилляции желудочков дефибрилляция (при отсутствии дефибриллятора проводить непрямой массаж сердца и ИВЛ до прибытия скорой помощи с необходимым оборудованием)

· при асистолии дефибрилляция противопоказана, введение адреналина 1 мг через каждые 3-5 минут внутривенно струйно (через центральный или периферический венозный доступ), возможно применение наружного кардиостимулятора (если есть)

· при электрической активности без пульса (ЭАБП) (ритм на ЭКГ регистрируется а пульса нет) лечение направлено на устранение обратимых причин ЭАБП (дисэлектролитные нарушения, гипоксию, гиповолемию, тампонаду сердца, пневмоторакс, передозировку лекарственных средств, тромбоэмболия легочной артерии).

В стационаре возможны тромболизис и реваскуляризация.

После выписки пациента из стационара

Проинформировать больного о факторах риска ИБС (рекомендовать отказаться от курения, если пациент курит, мотивировать к соблюдению гиполипидемической диеты; по показаниям назначить гиполипидемическую терапию статинами при наличии сахарного диабета и/или артериальной гипертензии – проводить соответствующее лечение).

Назначить аспирин, и/или клопидогрель и β-блокаторы если нет противопоказаний (например, атенолол внутрь 50-100 мг/сут, анаприлин 120-240 мг/сут в 2-3 приема, метопролол 100 мг/сут в 2 приема). По показаниям ингибиторы АПФ (капотен 25 – 50 мг/сут в 2 -3 приема, фозиноприл 20-40 мг/сут в 1 приём)

Рекомендовать лечебную физкультуру. Нагрузки должны дозироваться под контролем пульса. Частота сердечных сокращений на фоне тренировки не должна превышать $(220 - \text{возраст}) * 0,65$. Продолжительность занятий на первых этапах составляет 10 минут. Через 2-6 недель длительность выполнения упражнений может достигать 30-45 минут и более.

При сердечной недостаточности показана терапия ингибиторами АПФ.

При отсутствии индикаторов серьезного заболевания

При наличии жалоб на ангинозные боли на фоне отсутствия отчетливых данных на ЭКГ необходимо оценить электрокардиограмму в динамике. Назначить нитраты, нормализовать АД, купировать болевой синдром с помощью нестероидных противовоспалительных средств и выполнить повторно ЭКГ. В сомнительных случаях показана госпитализация с диагнозом «нестабильная стенокардия».

5. Ишемия миокарда

Типичный случай

Женщина 65-ти лет с жалобами на схимающие боли за грудиной, впервые возникшие на фоне быстрой ходьбы. Боли длились 2 минуты и самостоятельно прошли на фоне физического покоя. Ожирение, артериальная гипертензия.

Признаки наличия серьезных проблем

Подъем сегмента ST как минимум в двух соседних отведениях: 2 мм и более в грудных и 1 мм и более в отведениях от конечностей по данным стандартной ЭКГ.

Снижение сегмента ST как минимум 1 мм в двух соседних отведениях.

Отрицательный глубокий симметричный зубец T

Высокий, заостренный зубец T

Впервые возникшая блокада ЛНПГ

Клинические признаки нестабильной стенокардии (впервые возникшая, прогрессирующая, стенокардия в состоянии покоя, постинфарктная стенокардия)

Факторы риска

Курение, сахарный диабет, гиперлипидемии, артериальная гипертензия, ожирение

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Депрессия, тревожность - показана плановая консультация психотерапевта

Ведение пациента

Анамнез

Сжимающие давящие боли за грудиной на фоне физических нагрузок или после приёма пищи, а также при выходе на холод; длящиеся 5-10 минут и более, купирующиеся приемом нитратов и/или других сосудорасширяющих препаратов или ограничением провоцирующих факторов или продолжающиеся несмотря на

указанные мероприятия. Боли могут иметь характерную иррадиацию, могут проявляться дискомфортом, сопровождаться слабостью, потливостью, тошнотой и одышкой, а также беспокойством, страхом смерти.

Атипичная симптоматика: нарушение сознания, абдоминальная локализация болей, одышка (характерна для пожилых старше 75 лет и пациентов женского пола, а также для молодых лиц 25-40 лет).

Возможна безболевая ишемия миокарда (отсутствие симптоматики), чаще бывает у пожилых и больных сахарным диабетом, не является признаком лучшего прогноза.

Инструментальное обследование

Учесть возможность наличия псевдоинфарктных изменений на ЭКГ.

Учесть вероятность отсутствия изменений на ЭКГ у больных с поражением нескольких областей миокарда в связи с тем, что реципрокные изменения на одной стенке желудочка могут уравновешивать прямые изменения на противоположной стенке.

При подозрении на инфаркт правого желудочка снять дополнительно правые грудные отведения, а при подозрении на инфаркт задней локализации снять дополнительно отведения по Небу

Учесть, что диагностическая точность ЭКГ для выявления ишемических изменений низка в следующих ситуациях: признаки ранее перенесенного инфаркта, нарушения внутрижелудочковой проводимости, ритм кардиостимулятора при стимуляции желудочков, аневризма сердца.

Для оценки транзиторных ишемических изменений показано суточное мониторирование ЭКГ. Назначают в случае, если по данным ЭКГ в покое признаков ишемии миокарда не выявлено.

Нагрузочные пробы (ВЭМ, тредмил) применяют при отсутствии данных за острый коронарный синдром.

Взять кровь для биохимического анализа (электролиты, маркеры некроза миокарда: серия тропониновых тестов, КФК, миоглобиновый тест, показатели свертываемости крови, СРБ, СОЭ).

Рентген грудной клетки.

ЭХО-КГ (зоны акинезии, дискинезии, аневризма).

При наличии индикаторов серьезного заболевания

Показана госпитализация. Золотым стандартом диагностики ИБС является коронарография, она показана только в случае решения вопроса об оперативном лечении.

При отсутствии индикаторов серьезного заболевания

Провести обследование по выше изложенной схеме с целью оценки риска развития острого коронарного синдрома (ОКС). При высоком риске (транзиторные ишемические эпизоды при 24 часовом мониторинге, особенно безболевы; положительные результаты лабораторных тестов, низкая толерантность к физическим нагрузкам при проведении нагрузочных проб) показаны госпитализация и плановая коронарография с последующим оперативным лечением с целью выполнения реваскуляризации.

При гипертрофической кардиомиопатии на ЭКГ псевдоинфарктные изменения, однако, это не исключает возможности развития коронарной недостаточности. В связи с этим при наличии клиники ОКС целесообразно госпитализировать пациента. Особенностью лечения является необходимость избегать назначения нитратов. Предпочтительнее назначение β -блокаторов.

Миокардит и перикардит сопровождаются подъемом сегмента ST во всех отведениях кроме AVR и V1. Характерным является нарушения ритма и проводимости. В случае выраженной симптоматики (боли в грудной клетке, одышка) показано стационарное лечение.

Если выявленный подъем сегмента ST не сопровождается характерной симптоматикой ОКС, провести дифференциальный диагноз с аневризмой левого желудочка (сравнить с предыдущими ЭКГ если таковые имеются и/или выполнить ЭХО-КГ), использовать тропониновый тест. При подтверждении аневризмы показана терапия в амбулаторных условиях с целью снижения риска тромбоэмболических осложнений, так как аневризма является источником формирования тромбов.

Выявление синдрома WPW с псевдоинфарктными изменениями не требует исключения ИБС при отсутствии характерных жалоб. Как правило, это молодые люди и требуется плановая консультация кардиолога для дальнейшего ведения пациента (WPW способствует развитию аритмий).

При выявлении псевдоинфарктных изменений в виде синдрома ранней реполяризации (подъем сегмента ST в отведениях V1-V3, V4) с высоким зубцом T, что не характерно для ишемии миокарда, специального наблюдения и обследования не требуется.

При почечной недостаточности возможно появление псевдоинфарктных изменений на фоне электролитных нарушений. Требуется патогенетическое лечение.

6. Стабильная стенокардия

Типичный случай

Мужчина 58-ми лет с жалобами на сжимающие боли за грудиной, при подъеме на 3-ий этаж, купируются приемом нитроглицерина в течение 2-3 минут, курит. Болен в течение года.

Индикаторы серьезного заболевания

Затянувшийся приступ стенокардии

Признаки сердечной недостаточности.

Угрожающие жизни аритмии (нарушения ритма и проводимости, сопровождающиеся потерей сознания, стенокардией, признаками сердечной недостаточности)

Неконтролируемая артериальная гипертензия (признаки гипертонического криза, АД выше 220/120 мм рт ст)

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Депрессия, тревожность, низкая исполнительность предписанного лечения.

Факторы риска

Курение, сахарный диабет, дислипидемии, артериальная гипертензия, ожирение, гиподинамия

Ведение пациента

Диагноз

Анамнез

является ключевым источником информации для установки диагноза. Точность диагностики по клиническим проявлениям зависит от пола (у мужчин 90%, а у женщин 50%).

Определить функциональный класс стенокардии напряжения (в зависимости от толерантности к физическим нагрузкам).

Исключить нестабильную стенокардию.

Установить поведенческие факторы риска (курение, гиподинамия)

Симптомы

Сжимающие давящие боли за грудиной на фоне физических нагрузок или после приёма пищи, а также при выходе на холод; длящиеся 5-10 минут и более, купирующиеся приемом нитратов и/или других сосудорасширяющих препаратов или ограничением провоцирующих факторов или продолжающиеся, несмотря на указанные мероприятия. Боли могут иметь характерную иррадиацию в нижнюю челюсть, например, могут проявляться дискомфортом.

Эквиваленты стенокардии (атипичная симптоматика): нарушение сознания, абдоминальная локализация болей, одышка.

Необходимость дифференцировать с обострением язвы желудка (больной описывает жалобы, характерные как для стенокардии, так и для язвенной болезни желудка: например, боли в эпигастрии, связанные с приёмом пищи).

Анемия, требующая немедленного лечения (когда поступление кислорода к миокарду не соответствует потребности по причине выраженного снижения гемоглобина, например при остром кровотечении)

Инструментальное обследование

ЭКГ в 12 отведениях (ишемические изменения вне приступа обычно отсутствуют).

Определить АД, индекс массы тела (ИМТ).

Взять венозной крови для биохимического анализа (гемоглобин, электролиты, показатели свертываемости крови, общий холестерин, липидный спектр, сахар крови)

Суточное мониторирование ЭКГ (Холтер) для выявления ишемических эпизодов, включая безболевою ишемию, ЭХО-КГ (диастолическая дисфункция миокарда, зоны акинезии и дискинезии), нагрузочные пробы (ВЭМ, тредмил) – показаны для освидетельствования или оценки показаний к оперативному лечению.

Лечение

При высоком функциональном классе стенокардии (III-IV) и при снижении толерантности к физическим нагрузкам по результатам нагрузочных проб показано выполнение коронарографии для решения вопроса об оперативной реваскуляризации.

При наличии индикаторов серьезного заболевания

Пациент нуждается в госпитализации

При отсутствии индикаторов серьезного заболевания

Терапия антиангинальными средствами: препарат выбора – нитраты (продолжительные для предотвращения приступа и формы короткого действия для купирования), б-адреноблокаторы (например, атенолол внутрь 50-100 мг/сут, анаприлин 120-240 мг/сут в 2-3 приема, метопролол 100 мг/сут в 2 приема), если нитраты противопоказаны или оказывают недостаточный эффект. Блокаторы кальциевых каналов назначают в случае, если комбинированная терапия нитратами и б-адреноблокаторами оказалась неэффективной или же выше указанные группы препаратов противопоказаны. По показаниям ингибиторы АПФ (капотен 25 – 50 мг/сут в 2-3 приема, фозиноприл 20-40 мг/сут в 1 приём)

Аспирин 0,165-0,325 в день, если нет противопоказаний.

Необходимо информировать больного о факторах риска ИБС (рекомендовать отказаться от курения если пациент курит, мотивировать к соблюдению гипохолестеринемической диеты; при наличии сахарного

диабета и/или артериальной гипертензии – проводить соответствующее лечение). Рекомендовать лечебную физкультуру. Нагрузки должны дозироваться под контролем пульса. Частота сердечных сокращений на фоне тренировки не должна превышать $(220 - \text{возраст}) * 0,65$. Продолжительность занятий на первых этапах составляет 10 минут. Через 2-6 недель длительность выполнения упражнений может достигать 30-45 минут и более.

Развитие стенокардии напряжения у пациента с аортальным стенозом является поводом для консультации кардиохирурга. Стенокардия у пациента с ГКМП требует назначения β -адреноблокаторов, применение нитратов исключено.

При язвенной болезни антиагреганты и β -адреноблокаторы назначаются только вне периода обострения, их с осторожностью комбинируют с противоязвенной терапией (H2 гистаминовые блокаторы).

При хронической сердечной недостаточности антиангинальную терапию комбинируют с ингибиторами АПФ и мочегонными средствами

При выявлении нарушений ритма и проводимости необходимо осуществлять подбор антиангинальной терапии с учетом вариантов нарушений ритма (не назначать верапамил и β -адреноблокаторы пациентам с нарушениями проводимости, а также с брадикардией, в этой ситуации предпочтительнее блокаторы кальциевых каналов дигидроперидинового ряда (коринфар); при наличии тахикардии показаны β -адреноблокаторы). При развитии синкопальных состояний на фоне нарушений ритма показана консультация кардиолога с целью выполнения ЭФИ.

При наличии семейной гиперхолестеринемии показана плановая консультация кардиолога, возможно проведение гиполипидемической терапии.

7. Впервые выявленная артериальная гипертензия и метаболический синдром

Цели разбора

- Рассмотреть вопросы диагностики АГ с установлением степени, стадии болезни и категории риска развития сердечно – сосудистых осложнений, выбора оптимального плана обследования.
- Определить алгоритм выбора антигипертензивных ЛС и сроки начала антигипертензивной терапии.
- Обучить правилам определения целевого АД и разработки индивидуального плана ведения пациента среднего возраста с впервые выявленной АГ с учетом факторов риска.

Жалобы и анамнез

Мужчина 49 лет, экономист, руководитель отдела банка. Жалобы при обследовании не предъявляет. К врачу обратился по поводу плановой диспансеризации. Ранее не обследовался. Курит 25 сигарет в сутки. Ежедневно выпивает 1 литр пива. С 43 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Наследственный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 74 лет. Матери 72 года, больна АГ, сахарным диабетом 2 типа.

Физикальное обследование

Индекс массы тела- $30,6 \text{ кг/м}^2$, окружность талии 108 см. Во время первого посещения в положении сидя АД (среднее значение двукратного измерения с интервалом 1 мин) в кабинете доврачебного осмотра составило 164/110 мм. рт. ст., ЧСС – 92 удара в мин, в конце осмотра врача (завершение визита) АД было равно 142/98 мм.рт. ст., ЧСС – 78 ударов в мин. Через неделю при повторном визите АД составило 136/98 мм.рт. ст., ЧСС – 78 ударов в мин.

Лабораторно - инструментальное обследование

При биохимическом анализе крови концентрация глюкозы натощак составила 6,4 ммоль/л, креатинина – 84,4 мкмоль/л, ионов калия – 4,3 ммоль/л, ионов натрия – 140 ммоль/л, мочевой кислоты – 324 мкмоль/л, холестерина – 4,9 ммоль/л, триглицеридов – 2,3 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ЛПНП – 2,8 ммоль/л. В общем анализе мочи патологических изменений не обнаружено. На ЭКГ: ритм синусовый, сумма зубца S в отведении V₁ и зубца R в отведении V₅ (один из критериев Соколова – Лайона) равна 29 мм, индекс Корнелла – 2162 мм*мс. ЭхоКГ: индекс массы микарда составил 119 г/м^2 . При осмотре глазного дна выявлена ретинопатия II степени. Сумма толщины интимы и среднего слоя общей сонной артерии, определенной при УЗИ сонных артерий, составила 1,1 мм, стенозирования не выявлено. Концентрация альбумина во второй порции мочи при первом посещении была равна 18 мг/л, через неделю – 14 мг/л.

Диагностика артериальной гипертензии

Для диагностики АГ стабильность повышения АД должна быть подтверждена при повторных клинических измерениях в ходе двух последовательных визитов с интервалом не менее недели. Во время каждого визита к врачу должно быть проведено не менее двух измерений АД в положении сидя и посчитано их среднее значение. В ходе первого визита АД должно быть измерено на обеих руках; для последующего контроля выбирают руку с более высокими значениями. При существенных колебаниях АД в ходе одного или нескольких визитов показано суточное мониторирование АД. Таким образом, в приведенном примере наличие АГ у пациента подтверждено правильно. Более высокий уровень АД в кабинете доврачебного осмотра мог быть связан с отсутствием необходимого отдыха перед измерением, тревожной реакцией ожидания на медицинскую обстановку, курением и/или приемом кофе в течение 1 часа до измерения. Это предположение

подтверждает и более высокая ЧСС.

Степень АГ устанавливают при впервые выявленном и нелеченном заболевании. Она отражает исключительно уровень повышения АД. Если показатели систолического и диастолического АД находятся в разных категориях, степень устанавливают на основании более высокого значения. В данном примере у пациента диагностирована I степень АГ.

В данной ситуации нет выраженных колебаний АД между визитами. Проведение суточного мониторинга АД на этом этапе наблюдения не показано.

Бессимптомный характер повышения АД, наличие метаболических факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений (абдоминальное ожирение, нарушение регуляции углеводного обмена), семейный анамнез АГ, отсутствие специфических изменений по данным лабораторного исследования позволяют с высокой вероятностью расценить заболевание как первичную форму и на данном этапе не проводить поиск вторичных причин повышения АД.

На основании проведенного физического обследования у пациента выявлены два основных фактора риска развития сердечно-сосудистых осложнений (курение и абдоминальное ожирение), не обнаружены признаки поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. В соответствии с современными рекомендациями ретинопатии I-II степени не рассматривают как поражение органов-мишеней в виду неспецифичности этих изменений для АГ. Таким образом, у пациента диагностирована гипертоническая болезнь I стадии, и его следует отнести к категории среднего риска развития сердечно-сосудистых осложнений. В этой ситуации лекарственная терапия может быть отсрочена на 3-6 месяцев.

В связи с этим обосновано расширить объем обследования и выполнить дополнительные исследования, поскольку они могут изменить категорию риска пациента и повлиять на уровень целевого снижения АД.

К дополнительным исследованиям относят:

- Оценку факторов риска (определение СРБ);
- УЗИ сонных и/или бедренных артерий;
- Исследование мочи на наличие микроальбуминурии (проводят обязательно, если имеется сахарный диабет).

Пациенту было выполнено УЗИ сонных артерий и проведено исследование мочи на наличие микроальбуминурии. УЗИ сонных артерий позволило выявить увеличение суммы толщины интимы и среднего слоя общей сонной артерии до 1,1 мм, что расценивают как признак поражения органов-мишеней. Таким образом, расширение обследования привело к изменению категории риска и стадии заболевания. По данным более полного обследования пациент страдает гипертонической болезнью II стадии и его необходимо отнести к группе высокого добавочного риска смертельных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation – систематическая оценка коронарного риска). В этой ситуации лекарственная терапия должна быть назначена незамедлительно одновременно с немедикаментозным лечением.

Обнаружение метаболического синдрома

У пациента диагностирован метаболический синдром: АГ, абдоминальное ожирение, нарушение гликемии натощак, гипертриглицеридемия. Метаболический синдром расценивают как маркер высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. При выборе антигипертензивного ЛС в этой ситуации полезно учитывать его метаболические эффекты. На данном этапе нет показаний для назначения статинов с целью коррекции дислипидемии (уровень ЛПНП менее 3,0 ммоль/л).

Влияние других факторов

Пациент ежедневно выпивает 1 л пива, что соответствует 28 единицам алкоголя в неделю (1 единица равна 12 г чистого этанола или 240 мл пива с 5% содержанием алкоголя). Таким образом, уровень потребления алкоголя у пациента – высокий. Высокое потребление алкоголя может быть фактором, повышающим АД, а также концентрацию триглицеридов в крови.

Потенциальная проблема приверженности к лечению

Повышение АД у пациента носит бессимптомный характер, что позволяет прогнозировать низкую мотивацию и приверженность пациента к лечению. Поэтому целесообразно назначить ЛС пролонгированного действия для приема 1 раз в сутки и с хорошим профилем переносимости.

Диагностическое заключение

Гипертоническая болезнь II стадия, I степени повышения. Атеросклероз сонных артерий. Метаболический синдром (абдоминальное ожирение, нарушение гликемии натощак, гипертриглицеридемия). Курение. Высокий уровень потребления алкоголя. Риск 3.

Необходимые терапевтические мероприятия

- Увеличение физической нагрузки
- Отказ от курения
- Снижение массы тела
- Уменьшение потребления алкоголя

- Контроль АД: целевое АД составляет менее 140/90 мм.рт. ст.
- Устранение или предупреждение прогрессирования нарушений углеводного обмена
- Контроль дислипидемии

Терапевтические альтернативы

Выбор препаратов для начала лечения АД осуществляют среди 5 основных классов антигипертензивных ЛС.

- У пациента выявлены факторы риска развития сахарного диабета (абдоминальное ожирение, нарушение гликемии натощак, семейный анамнез сахарного диабета), поэтому назначать блокаторы β – адренорецепторов или тиазидные диуретики не рекомендовано.
- Наличие атеросклероза сонных артерий – показание для назначения блокаторов медленных кальциевых каналов, поскольку имеются данные рандомизированных клинических исследований о способности ЛС этого класса замедлять прогрессирование ранних атеросклеротических изменений. Блокаторы медленных кальциевых каналов не оказывают неблагоприятных метаболических эффектов на углеводный обмен.
- Ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов к ангиотензину II не влияют на углеводный обмен. Кроме того, имеются данные о способности ЛС этих классов предупреждать развитие сахарного диабета.

При наличии бессимптомной АД 1 степени лечение может быть начато с монотерапии или комбинации нескольких ЛС в низких дозах.

Индивидуальный фармакотерапевтический режим

- Снижение массы тела. Идеальная, но малодостижимая цель – нормализация массы тела (индекс массы тела менее 25 кг/м²). Снижение массы тела на 5- 10 кг может оказать благоприятный эффект на уровень АД и состояние углеводного обмена.
- Увеличение физической нагрузки: ежедневная ходьба по 30 мин быстрым шагом, подъем по лестнице, плавание по 40 мин 3 раза в неделю. Физическая активность способствует снижению массы тела, уменьшению инсулинорезистентности, улучшению показателей углеводного и липидного обмена.
- Отказ от курения.
- Уменьшение количества употребляемого алкоголя (не более 1,5 л пива в неделю).
- Ограничение приема поваренной соли до 6 г/сутки, диета с ограничением продуктов, богатых жирами и углеводами, обогащение рациона свежими фруктами и овощами.

Возможные варианты начальной лекарственной терапии представлены ниже:

- Блокаторы медленных кальциевых каналов (например, лацидипин в дозе 4 мг/сутки).
- Ингибитор АПФ (например, рамиприл в дозе 5 мг в сутки с последующим увеличением дозы до 10 мг/сутки для достижения целевого АД менее 140/90 мм рт.ст.).
- Антагонист рецепторов к ангиотензину II (валсартан в дозе 160 мг 1 раз в сутки).
- Низкодозовый комбинированный препарат (например, периндоприл в дозе 2 мг и пролонгированная форма индапамида в дозе 0,625 мг 1 раз в сутки).

Следующий визит назначают через 4 – 6 недель. В ходе визита необходимо оценить уровень АД, приверженность к лекарственному лечению, массу тела, выполнение пациентом немедикаментозной программы лечения, наличие нежелательных явлений, концентрации глюкозы и триглицеридов в крови.

Практические выводы

При выявлении низкого и среднего риска у больных АД показано расширить объем исследований для уточнения категории риска, стадии заболевания и уровня целевого АД.

При наличии нарушений регуляции углеводного обмена у пациентов молодого и среднего возраста желательно воздерживаться от назначения блокаторов β – адренорецепторов, если отсутствуют другие показания для выбора препаратов из этого класса.

Пациент с впервые выявленной АД может иметь высокий риск развития сердечно – сосудистых заболеваний, что диктует необходимость начала лекарственной терапии наряду с активными мерами по изменению образа жизни.

У пациентов с метаболическим синдромом при выборе начальной антигипертензивной терапии следует учитывать метаболические эффекты антигипертензивных ЛС.

Резюме

Мужчина 49 лет, с впервые выявленной бессимптомной АД 1 степени, ожирением, нарушением регуляции углеводного обмена. В связи с высоким уровнем сердечно – сосудистого риска следует незамедлительно начать, наряду с немедикаментозными мерами, лекарственную антигипертензивную терапию с акцентом на ее метаболическую нейтральность и хорошую переносимость.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Вызов ВОП на дом. Больной А., 26 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 39°C, проливной пот, геморрагические высыпания на коже голеней и предплечий, сердцебиение, колющие боли за грудиной и в области верхушки сердца с иррадиацией в левое плечо и лопатку, длительностью до 1-1,5 часов, проходящие самостоятельно, тяжесть и боли в левом подреберье, общую слабость.

Из анамнеза: 3 недели назад больному проводилась экстракция зуба, после чего в течение всего времени отмечалась субфебрильная температура, позже появились ознобы.

При объективном исследовании обращает на себя внимание бледность кожных покровов, субиктеричность склер. На коже голеней и предплечий мелкоочечная геморрагическая сыпь. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Верхушечный толчок в 5-ом межреберье по срединно-ключичной линии на 1см кнаружи от срединно-ключичной линии, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя - 3-е межреберье, левая совпадает с верхушечным толчком. Тоны сердца ритмичные, I тон на верхушке, II тон над аортой - ослаблены, в точке Боткина-Эрба, в меньшей степени над аортой выслушивается убывающий диастолический шум. Пульс - 86 в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/50 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14 - 11 - 8см; при пальпации безболезненная. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
3. Тактика врача общей практики?
4. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

На прием к врачу общей практики обратилась больная М., 48 лет. для подбора антигипертензивного лечения.

Предъявляет жалобы на сильные головные боли, выраженную мышечную слабость, парестезии в конечностях, учащенное мочеиспускание, периодически возникающие отеки на лице по утрам, ухудшение зрения.

Считает себя больной в течение 17 лет, когда во время беременности было замечено умеренное повышение АД. После родов пограничная гипертензия сохранялась. С годами АГ прогрессировала, в течение последних 6 лет АД повышалось до 200/100 - 240/140 мм рт. ст. Дважды за это время развивались гипертонические кризы - на фоне крайне высокого давления больная теряла сознание. Год назад отмечалось кратковременное «онемение» правой руки, с того же времени периодически беспокоят парестезии в конечностях. Непостоянное лечение различными гипотензивными средствами (эналаприл, гипотиазид, адельфан) существенного эффекта не давало.

Из анамнеза: росла и развивалась нормально. В детском возрасте перенесла острый пиелонефрит. Работает преподавателем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост 162см, вес 85кг, окружность живота 92 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная система развита хорошо. Опорно-двигательный аппарат без изменений. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостенической формы. Дыхание везикулярное. Верхушечный толчок расположен в 5 межреберье на 1см влево от срединно-ключичной линии. I тон не изменен, акцент II тона над аортой. Пульс 110 уд/мин. АД 210/130 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Дополнительные исследования: общий анализ крови – без изменений, общий холестерин 7,2 ммоль/л, ТГ 2,2 ммоль/л, глюкоза в плазме крови 6,5 ммоль/л.

ЗАДАНИЯ

1. Тактика врача общей практики. Оцените результаты приведенных исследований.
2. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
3. Предложите лечение, указав режим, диету, группы лекарственных средств с указанием доз.
4. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

На прием к ВОП обратился больной Р., 45 лет, с жалобами на головную боль в затылочной области, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах, общую слабость.

Рос и развивался нормально. В возрасте 20 лет перенес острый цистит. 5 лет назад было сотрясение

головного мозга. Мать пациента страдает гипертонической болезнью. Работа связана со значительными физическими нагрузками. Курит до 20 сигарет в день более 25 лет.

Общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания – рост 172 см, вес 95 кг. Кожные покровы обычной окраски. Отложение подкожного жирового слоя равномерное. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная система развита хорошо. Опорно-двигательный аппарат без изменений. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостенической формы. Дыхание везикулярное. Верхушечный толчок расположен в 5 межреберье по срединно-ключичной линии. I тон не изменен, акцент II тона над аортой. Пульс 80 уд/мин. АД 175/110 мм рт. ст. на обеих руках. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Общие анализы крови и мочи без изменений, общий холестерин 7,3 ммоль/л, ЛПНП – 3,0 ммоль/л, сахар из плазмы 6,0 ммоль/л. При офтальмоскопии на глазном дне отмечается сужение артериол, расширение и полнокровие вен.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Тактика врача общей практики?
3. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
4. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
5. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Больная А., 72 лет. Жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах и голове, снижение памяти.

Больна около 5 лет, последний год отмечает повышение АД (максимальное - 175/90 мм рт. ст.), кратковременные потери сознания при переходе из горизонтального в вертикальное положение, резких наклонах и поворотах головы. Туберкулез, вензаболевания у себя и родственников отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 18 в 1 мин. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - 3-е межреберье, левая - в 5-ом межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Ширина сосудистого пучка - 1 см. Ритм правильный. I тон ослаблен, акцент II тона над аортой с металлическим оттенком. Над аортой выслушивается систолический шум, который усиливается в вертикальном положении с запрокинутыми за голову руками. Пульс - 76 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. АД - 170/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

На прием к ВОП обратилась больная Л., 55 лет.

Предъявляет жалобы на головную боль в затылочной области, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах, общую слабость, ухудшение зрения, похудание.

Повышение артериального давления было выявлено 15 лет назад во время профилактического осмотра. В течение последних 5 лет АД стабильно повышено до 200/110 - 220/120 мм рт. ст. Несколько раз были гипертонические кризы с повышением систолического АД более 300 мм рт. ст., проявлявшиеся сильными головными болями, сердцебиением, ознобом, чувством ползания «мурашек», одышкой, сопровождавшиеся чувством страха смерти, продолжительностью до 1,5 часа. Медикаментозная терапия была практически неэффективной. За последний год похудела на 5 кг. В течение последних недель перед госпитализацией - резкое ухудшение зрения.

Росла и развивалась нормально. В возрасте 20 лет перенесла острый пиелонефрит. Мать пациентки страдает гипертонической болезнью.

Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски. Отложение подкожного жирового слоя равномерное. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная

система развита хорошо. Опорно-двигательный аппарат без изменений. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостенической формы. Дыхание везикулярное. Верхушечный толчок расположен в 5 межреберье на 1 см влево от срединно-ключичной линии. I тон не изменен, акцент II тона над аортой. Пульс 110 уд/мин. АД - 200/110 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Общий анализ, крови и мочи без изменений. На ЭКГ - синусовая тахикардия, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

На прием к ВОП обратилась больная Н., 21 год с жалобами на приступы внезапного сильного сердцебиения, которое начинается с ощущения толчка в области сердца и воспринимается больной как «трепетание» в области сердца, сопровождается общей слабостью, тошнотой, шумом в ушах и головокружением. Приступы также внезапно прекращаются, после чего выделяется до 1,5-2 л светлой мочи.

Больна около недели. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания. Месячные регулярные, по 3-4 дня, через 28 дней, не обильные. Вредные привычки отрицает.

При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. Яремные вены набухшие, ундулируют синхронно пульсу. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный маятникообразный. ЧСС - 180 в 1 мин., пульс на лучевой артерии малый, мягкий, ритмичный, трудно поддается счету. АД - 80/20 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена. ЭКГ - ЧСС - 180 в мин. Зубцы «Р» положительные перед комплексом QRS, QRS не изменен.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?

4. Задания для групповой работы

Привести варианты заданий для групповой работы.

Выполните следующие задания:

1. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

Варианты ответов:

А. ИБС: Стенокардия напряжения II ФК, ХСН IIa, II ФК.

Б. ИБС: Стенокардия напряжения III ФК, ХСН I, I ФК.

В. ИБС: Впервые возникшая стенокардия. СН III ФК.

Г. ИБС: Острый инфаркт миокарда с Q от 15.05.05 передне – перегородочно – верхушечно - боковой локализации.

Д. ИБС: Прогрессирующая стенокардия от 15.05 ХСН II б, III ФК.

Е. ИБС: Острый инфаркт миокарда без Q от 15.05 передне – перегородочно – верхушечно - боковой локализации

Ж. Грудной остеохондроз. Вертеброторакалгия.

З. Тромбозомболия ветвей легочной артерии.

И. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рефлюкс - эзофагит.

1. На прием к ВОП обратился пациент К, 53 лет, инженер. Жалобы на боли за грудиной, сжимающего характера, иррадиирующие в левую лопатку, возникающие при ходьбе на расстояние 1-2 квартала или при подъеме по лестнице на один пролет, обычным шагом. Иногда данные боли провоцируются стрессовым состоянием или выходом из помещения на улицу в холодное время года. Купируются в покое через 5 мин. Болен в течение 6 месяцев. Ранее с данными жалобами за медицинской помощью не обращался, терапию не получал.

Объективно: на момент осмотра состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, ЧД=17/мин, тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=72/мин. АД 130/80. Печень не увеличена. Отеков нет. При ЭКГ (вне приступа болей) патологии не выявлено. Предполагаемый диагноз?

Ответ: (Б)

2. На прием к ВОП обратился пенсионер И, 71 год, с жалобами на учатившиеся в течение последних 10 дней приступы загрудинных болей до 7-8 раз в сутки, возникающие при незначительной физической нагрузке, иногда в покое, сопровождающиеся одышкой на вдохе. В течение последних 4 лет боли в области сердца возникали при ходьбе на расстояние 500 м или при подъеме по лестнице на 5-й этаж, одышка беспокоила при быстрой

ходьбе. Принимал нитроглицерин при приступе болей, положительный эффект отмечает через 3-4 мин.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Дыхание жесткое, без хрипов. ЧД=19/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=80/мин. АД 140/80 мм.рт.ст. Печень (-). Пастозность голеней. При ЭКГ: косонисходящая депрессия сегмента ST в I, AVL, V₅ V₆ отведениях, глубиной 1 мм. Электрическая ось сердца отклонена влево. Предполагаемый предварительный диагноз?

Ответ :(Д).

3. Пациент М, 35 лет, обратился к ВОП с жалобами на боли в грудной клетке, возникающие при поворотах туловища, наклонах, глубоком вдохе, поднимании рук. Болен в течение 2 недель: начало заболевания связывает с физической нагрузкой (поднимание и перенос тяжестей).

Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=PS=64/мин. АД=120/80. Болезненность при пальпации в паравerteбральных точках и в местах прикрепления ребер к груди. Печень (-). Отеков нет. Диагноз?

Ответ: (Ж).

4. Вызов ВОП на дом. Больная Ф, 67 лет. Жалобы на внезапно появившуюся одышку инспираторного характера, холодный пот, боли в груди, кашель с выделением мокроты с прожилками алой крови, слабость. В течение последних 3-х месяцев беспокоили боли внизу живота; стула не было в течение 4 недель.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ, кончика носа, ушей. Пульсация и набухание яремных вен. Дыхание жесткое, местами ослабленное, влажные хрипы. Тоны сердца глухие, акцент и раздвоение II тона над легочной артерией. АД 110/60 мм.рт.ст. во всех отделах. В левой подвздошной области пальпируется плотное образование 8x10 см. Печень +1,5см. Отечность голеней и стоп. Наиболее вероятный диагноз?

Ответ: (З)

2. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

А. К ВОП на амбулаторный прием обратилась больная М. 52 лет с жалобами на периодические ощущения перебоев в работе сердца, быструю утомляемость при физической нагрузке; иногда, после употребления соленой пищи, отмечается припухлость и покраснение лица, головную боль. Индекс массы 31,5 кг/м². При осмотре: повышенного питания, кожные покровы физиологической окраски, повышенная потливость. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона над аортой. ЧСС 62; пульс 52 в мин. АД 172/96 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Голени пастозны. На ЭКГ - синусовый ритм, электрическая ось сердца отклонена влево, наджелудочковые экстрасистолы по типу три- и бигемении.

Б. Больной Б. 58 лет, жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах. Считает себя больным в течение полугода, когда после перенесенного инфаркта миокарда появилась одышка. Последние 2 месяца тяжесть в правом подреберье, в течение месяца отеки на ногах. Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧДД 26 в минуту; пульс 96 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм.рт.ст. Над легкими в подлопаточных областях притупление перкуторного звука, там же дыхание ослаблено, незвучная крепитация. Печень выступает из-под правого края реберной дуги на 4,0см, на ногах отеки.

В. Больной Л. 42 лет, жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, пульсацию в голове. Страдает хронической ревматической болезнью сердца в течение 20 лет. Объективно: состояние средней степени тяжести, умеренная бледность кожных покровов. Положительный симптом Мюссе, "пляска каротид"; пульс 64 в минуту, ритмичный, приподнимающий верхушечный толчок в VI межреберье. Над легкими в нижних отделах укорочение перкуторного тона. Там же дыхание ослаблено, крепитация. Печень - по правому краю реберной дуги. АД 110/30 мм.рт.ст.

Варианты ответов.

1. Острая ревматическая лихорадка, активная фаза. Недостаточность аортального клапана. Альвеолярный отек легких. СН III, функциональный класс IIА.

2. Гипертоническая болезнь III степени, 2 стадии, риск III. Наджелудочковая экстрасистолия. СН II Б, III функциональный класс.

3. Постинфарктный кардиосклероз (ИБС: инфаркт миокарда). СН III, функциональный класс II Б.

Ответ: (А-2, Б-3, В-1)

3. Для каждого больного с неотложной патологией подберите наиболее вероятный диагноз.

Условия задания:

1. У больного 55 лет с острым инфарктом миокарда во время госпитализации в машине скорой помощи развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением АД. На ЭКГ: зубец Р не определяется, QRS уширен (0,12 сек) и деформирован, число желудочковых сокращений 150 в минуту.

2. У мужчины 43 лет на фоне большой физической нагрузки развились резкие давящие загрудинные боли, отдающие в левую лопатку. При осмотре: заторможен, кожа бледная, влажная, губы цианотичны. ЧД - 24 в

минуту. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, пульс - 115 в минуту, слабого наполнения. АД - 95/75 мм.рт.ст. Печень не пальпируется, отеков нет. На ЭКГ: подъем ST в отведениях I, aVL, V₅-V₆, снижение ST в отведениях III, V₁V₂.

3. У больной 36 лет внезапно появилась сильная головная боль, сопровождающаяся тошнотой, сердцебиением, потливостью. Объективно: кожные покровы бледные, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту, АД - 230/120.

Варианты ответа:

- А. феохромоцитома
- Б. желудочковая тахикардия
- В. криз при тиреотоксикозе
- Г. тромбоэмболия легочной артерии.
- Д. острый переднее - боковой инфаркт миокарда.
- Е. пароксизм фибрилляции предсердий

Ответы: 1-Б, 2-Д, 3-,А.

Тесты с определением точного количества ответов.

1. Перечень вариантов ответов:

- 1) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь, 3 стадия, I степень (по АД). ХСН I ФК.
- 2) ИБС. Стенокардия напряжения I ФК. ГБ, 3 стадия, 2 степень. ХСН I, I ФК.
- 3) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ХСН I, I ФК.
- 4) ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. ХСН На, III ФК.
- 5) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС (ИМ с Q от 1990г). Гипертоническая болезнь, 3 стадия, I степени, ХСН Пб III ФК.
- 6) ИБС. Стенокардия напряжения ФК ХСН I, I ФК.
- 7) ИБС. Острый инфаркт миокарда без Q, верхушечно- боковой.
- 8) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС (ИМ без Q от 1985г). ХСН I, I ФК
- 9) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса ХСН На, II ФК.
- 10) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС (ИМ с Q от 2000). Фибрилляция предсердий, пароксизмальная и персистирующая, ХСН IIа, II ФК формы, частые рецидивы.

Вопросы:

1. Выбрать 4 ситуации, когда санаторно-курортное лечение противопоказано.

Ответ: 4,5,7,10

2. Выбрать 3 ситуации, когда санаторно-курортное лечение возможно только в местных кардиологических санаториях.

Ответ: 2,3,9

3. Выбрать 3 ситуации, когда не противопоказано лечение на климатических курортах.

Ответ: 1,6,8

2. Для каждого больного с неотложным состоянием выберите последовательность неотложных мероприятий.

Перечень вариантов ответов:

- 1. Введение миорелаксантов.
- 2. Введение эуфиллина.
- 3. Введение гепарина.
- 4. Интубация трахеи.
- 5. Введение дицинона.
- 6. Перевод на ИВЛ.
- 7. Введение кортикостероидов.
- 8. Наложение жгутов на среднюю часть бедер на 30 минут.

А. У пациента 17 лет, страдающего гриппом, на фоне относительного благополучия внезапно возник лающий кашель, одышка, стридорозное дыхание; голос сиплый, ЧСС - 120 в мин. Выбрать 3 неотложных мероприятия.

В. Пациент сидит в постели с наклоном туловища вперед, с опорой на руки. Он напряжен, бледен, форсирует дыхание с помощью вспомогательных мышц. Одышка экспираторного типа: затруднен и удлинен выдох. При аускультации легких — масса рассеянных сухих хрипов. Использовал беротек 8 раз без эффекта. Выбрать 2 неотложных мероприятия.

С. У больного 65 лет, страдающего фибрилляцией предсердий, внезапно появилась одышка в состоянии покоя, сухой кашель, боль в левой половине грудной клетки. На ЭКГ: глубокий зубец S в I отведении, глубокий Q и инверсия T в III отведении. Выбрать 3 неотложных мероприятия.

Д. Больной раком легкого отметил появление светлой пенистой крови с мокротой во время приступов кашля. При осмотре бледен, слева - хрипы. Выбрать 3 неотложных мероприятия.

Ответ: А - 1,4,6; В - 2,7; С - 3,2,7; Д - 8,2,5

3. Выберите правильные сочетания ответов.

3.1 Что включает в себя медикаментозный стандарт неотложной помощи больному с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.

1) адреналин	<u>Комбинация ответов:</u>
2) морфин	А, если верно 1,2,3,6
3) атропин	В, если верно 1,3,4,5
4) нитроглицерин	С, если верно 2,4,5,7
5) кислород	Д, если верно 1,4,7,8
6) фуросемид	Е, если все верно

7) аспирин

8) лидокаин

Ответ: (С)

3.2. К каждому пронумерованному ЭКГ-признаку подберите наиболее подходящий ответ, обозначенный буквой:

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1) высокий остроконечный зубец Т | А) полная АВ блокада |
| 2) зубец QS | В) гиперкалиемия |
| 3) снижение вольтажа зубцов R | С) экссудативный перикардит |
| 4) разобщенность регистрации зубцов РД) трансмуральный ИМ и комплекса QRS | |

Ответ: комбинации - 1 - В; 2 - Д; 3 - С; 4 - А.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля.*

1. Этапы оказания медицинской помощи больным гипертонической болезнью.
2. Догоспитальный этап лечения, объем оказываемой помощи больным гипертонической болезнью.
3. Причины возможного повышения артериального давления: функциональные заболевания, гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (вазореальные, ренальные, эндокринные, церебральные).
4. Возможности обследования в поликлинике для выявления причины артериальной гипертензии, роль современных неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз вегетосудистой дистонии, гипертонической болезни, вазореальной и ренальной гипертензии.
5. Принципы установления диагноза вегетосудистой дистонии, роль значения дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Типичное для этой патологии сочетание вегетосоматических расстройств с симптомами астенического характера. Лечение, значение психотерапевтических и других немедикаментозных методов.
6. Образ жизни и факторы риска гипертонической болезни. Пограничные артериальные гипертензии. Ранние симптомы гипертонической болезни. План обследования больного в поликлинике.
7. Лечение гипертонической болезни в поликлинике в зависимости от стадии болезни. Принципы подбора медикаментозной терапии. Немедикаментозная терапия.
8. Вторичная профилактика при гипертонической болезни. Санаторно - курортное лечение. Диспансеризация.
9. Временная нетрудоспособность, ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство.
10. Основные симптомы первичного альдостеронизма, болезни Иценко - Кушинга, феохромоцитомы.
11. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза. Основные отличительные признаки стенокардии.
12. Специальные обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС. Роль и значение ЭКГ, нагрузочных тестов, эхокардиографии (ЭХО-КГ), стресс – эхокардиографии (стресс-ЭХО-КГ) для верификации ИБС. Показания для направления на коронарографию.
13. Причины болей в грудной клетке не коронарного генеза (кардиальные и некардиальные).
14. Заболевания сердца, сопровождающиеся болями, их дифференциально-диагностические особенности. Экстракардиальные причины болей в грудной клетке: шейно-грудной остеохондроз,

- заболевания плевры, грыжа диафрагмального отверстия, заболевания органов брюшной полости.
15. Варианты ИБС по классификации ВОЗ, наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники. Возможности определения в поликлинике функционального класса стенокардии напряжения.
 16. Нестабильные формы ИБС и тактика терапевта поликлиники при их выявлении. Показания к госпитализации.
 17. Лечение ИБС в условиях поликлиники тактика купирования ангинозных приступов, лечение в межприступном периоде. Санаторно - курортное лечение. Временная нетрудоспособность при ИБС.
 18. Временная нетрудоспособность при стенокардии напряжения, ее длительность в зависимости от функционального класса.
 19. Критерии восстановления трудоспособности. Показания для направления на медико-социальную экспертизу. Профилактика, диспансеризация.
 20. Ранние симптомы инфаркта миокарда. Атипичные формы инфаркта миокарда. Тактика врача-терапевта поликлиники при подозрении на инфаркт миокарда.
 21. Лечебные мероприятия до приезда бригады скорой медицинской помощи и госпитализации.
 22. Тактика ведения больного инфарктом миокарда после выписки из стационара или отделения реабилитации кардиологического санатория. Лечение.
 23. Поликлинические этапы реабилитации. Основные методы физической реабилитации в поликлинике, организация контроля за ее проведением. Психологическая и социально-трудовая реабилитация.
 24. Временная нетрудоспособность, ее сроки при мелкоочаговом, крупноочаговом, трансмуральном, несложном, осложненном инфаркте миокарда. Показания к направлению на МСЭК.
 25. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению больных, перенесших ИМ.
 26. Особенности диспансерного наблюдения за больными, перенесшим инфаркт миокарда.
 27. Этапность восстановительного лечения (догоспитальный санаторный и поликлинический этапы).
 28. Особенности экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности.
 29. Преемственность в работе с кардиологическим кабинетом поликлиники, кардиодиспансером.
 30. Заболевания, при которых может наблюдаться застойная сердечная недостаточность, их основные дифференциально-диагностические признаки.
 31. Ранние симптомы застойной сердечной недостаточности, методы их выявления.
 32. Лечение застойной сердечной недостаточности в условиях поликлиники. Показания для госпитализации.
 33. Роль дневного стационара в лечении амбулаторного больного. Поддерживающая терапия, тактика ее проведения.
 34. Временная нетрудоспособность. Показания к трудоустройству. Показания к установлению групп инвалидности.
 35. Профилактика. Реабилитационные мероприятия.
 36. Определение понятия острого коронарного синдрома.
 37. Основные клинические проявления острого коронарного синдрома.
 38. Классификация острого коронарного синдрома в зависимости от ЭКГ-изменений.
 39. Порядок оказания неотложной помощи и тактика ведения больных с острым коронарным синдромом (общие принципы).
 40. Основные причины развития острой сердечной недостаточности. Стадии острой сердечной недостаточности. Стандарт неотложной помощи на догоспитальном этапе.
 41. Патогенез, клиника, неотложная помощь при отеке легких.
 42. Патогенез, клиника, неотложная помощь при кардиогенном шоке.
 43. Определение и классификация гипертонических кризов.
 44. Основные клинические проявления, тактика ведения и неотложная помощь больным с гипертоническим кризом.
 45. Профилактика неотложных состояний. Реабилитация. МСЭ.
 46. Организация госпитализации больных по экстренным показаниям.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

001. Пульс *tardus, parvus* характерен для:

- | | | | |
|----|-----------------|-----------------|----------|
| А) | недостаточности | трехстворчатого | клапана |
| Б) | недостаточности | митрального | клапана; |

- В) недостаточности аортального клапана;
 Г) стеноза устья аорты;
 Д) митрального стеноза.

Ответ: (Г)

002. Наличие у больного положительного венного пульса характерно для:

- А) недостаточности митрального клапана;
 Б) митрального стеноза;
 В) недостаточности аортального клапана;
 Г) стеноза устья аорты;
 Д) недостаточности трехстворчатого клапана.

Ответ: (Д)

003. Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца:

- А) дилатация правого предсердия;
 Б) дилатация правого желудочка;
 В) гипертрофия правого желудочка;
 Г) дилатация левого желудочка;
 Д) гипертрофия левого желудочка.

Ответ: (Б)

004. Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации:

- А) правого предсердия;
 Б) правого желудочка;
 В) левого предсердия;
 Г) левого желудочка;
 Д) левого предсердия и правого желудочка.

Ответ: (Г)

005. Кровохарканье чаще всего наблюдается при:

- А) недостаточности митрального клапана;
 Б) митральном стенозе;
 В) недостаточности аортального клапана;
 Г) стенозе устья аорты;
 Д) недостаточности трехстворчатого клапана.

Ответ: (Б)

006. Систолическое дрожание над верхушкой сердца характерно для:

- А) недостаточности митрального клапана;
 Б) недостаточности аортального клапана;
 В) митрального стеноза;
 Г) стеноза устья аорты;
 Д) недостаточности трехстворчатого клапана.

Ответ: (А)

007. Усиление систолического шума в области нижней трети грудины в конце форсированного вдоха типично для:

- А) недостаточности митрального клапана;
 Б) митрального стеноза;
 В) недостаточности аортального клапана;
 Г) стеноза устья аорты;
 Д) недостаточности трехстворчатого клапана.

Ответ: (Д)

008. Абсолютным противопоказанием к проведению тестов с физической нагрузкой является:

1. нестабильная стенокардия;
2. тромбоэмболия;
3. артериальная гипертензия с высокими цифрами артериального давления (выше 220/110 мм.рт.ст.);
4. флеботромбоз глубоких вен голени.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

009. ЭКГ-признаком ишемии миокарда при выполнении пробы с физической нагрузкой является:

- А) преходящее горизонтальное смещение сегмента на 1 мм и более;
- Б) формирование отрицательного зубца Т;
- В) появление блокады ножек пучка Гиса;
- Г) появление экстрасистолии;
- Д) пароксизм мерцательной аритмии.

Ответ: (А)

010. На ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более, чем на 0,10 с; зубцы Р (в отведениях I, II, AVF) положительные перед каждым комплексом QRS. Можно предположить:

- А) ритм синусовый, регулярный;
- Б) ритм синусовый, нерегулярный;
- В) мерцательную аритмию;
- Г) ритм атриовентрикулярного соединения, регулярный;
- Д) ритм атриовентрикулярного соединения, нерегулярный.

Ответ: (А)

011. На ЭКГ продолжительность интервала Р больше 0,20 с. Это характерно для:

- А) полной атриовентрикулярной блокады;
- Б) неполной атриовентрикулярной блокады 1 степени;
- В) блокады ножек пучка Гиса;
- Г) синоаурикулярной блокады;
- Д) миграции водителя ритма по предсердиям.

Ответ: (Б)

012. На ЭКГ отрицательный зубец Р располагается после преждевременного, но неизмененного комплекса. Это:

- А) атриовентрикулярная экстрасистола;
- Б) предсердная экстрасистола;
- В) желудочковая экстрасистола;
- Г) выскальзывающее сокращение;
- Д) ритм коронарного синуса.

Ответ: (А)

013. На ЭКГ ритм желудочковых сокращений QRST неправильный, зубец Р отсутствует. Это указывает на:

- А) мерцательную аритмию;
- Б) желудочковую экстрасистолию;
- В) предсердную экстрасистолию;
- Г) желудочковую тахикардию;
- Д) предсердную тахикардию.

Ответ: (А)

014. На ЭКГ при наличии преждевременного желудочкового комплекса зубец Р не определяется. Это может быть при:

- 1. предсердной экстрасистоле;
- 2. желудочковой экстрасистоле;
- 3. неполной атриовентрикулярной диссоциации;
- 4. атриовентрикулярной экстрасистоле

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

015. На ЭКГ ритм синусовый, R-R - 0,95 с, P-Q - 0,22 с, QRS - 0,09 с. После физической нагрузки: R-R - 0,65 с, P-Q - 0,18 с, QRS - 0,09 с. Заключение:

- А) неполная атриовентрикулярная блокада 1 степени, обусловленная ваготонией;
- Б) нарушение внутрипредсердной проводимости;
- В) нарушение синоатриальной проводимости;
- Г) миграция водителя ритма по предсердиям;

Д) нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Ответ: (А)

016. Больной 48 лет жалуется на боли в эпигастральной области, слабость. Ранее боли в животе не беспокоили. На ЭКГ зубец Q в отведениях I, AVF увеличен; сегмент S-T в отведениях III, AVF приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент S-T в отведениях V1-V3 ниже изолинии; в отведении V2 - высокий, остроконечный зубец T. Заключение:

- А) инфаркт передней стенки левого желудочка;
- Б) инфаркт задней нижней стенки левого желудочка;
- В) остро возникшее ущемление грыжи пищевода отверстия диафрагмы;
- Г) инфаркт межжелудочковой перегородки;
- Д) тромбоэмболия легочной артерии.

Ответ: (Б)

017. С помощью ЭХО-КГ можно диагностировать:

1. пороки сердца и пролапс митрального клапана;
2. дилатационную и гипертрофическую кардиомиопатию;
3. опухоли сердца;
4. экссудативный (выпотной) перикардит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Ответ: (Д)

018. “Вялая” пульсация сердца (снижение амплитуды систолодиастолических движений миокарда) наблюдается при:

- А) митральном стенозе;
- Б) миокардите;
- В) дефекте межжелудочковой перегородки;
- Г) гипертонической болезни;
- Д) обструктивной гипертрофической кардиомиопатии.

Ответ: (Б)

019. В норме процент фракции выброса левого желудочка, измеренный по формуле Тейхольца составляет:

- А) менее 60%;
- Б) 30%;
- В) более 60%;
- Г) от 20 до 50%;
- Д) от 30 до 50%.

Ответ: (В)

020. Что может послужить показанием к проведению ЭХО-КГ:

1. шум неясной этиологии;
2. недостаточность кровообращения;
3. полная блокада левой ветви пучка Гиса по ЭКГ;
4. лихорадка неясного генеза.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

021. На каких клапанах сердца при проведении ЭХО-КГ можно зарегистрировать физиологическую регургитацию на:

- А) аортальном клапане;
- Б) аортальном и трикуспидальном клапанах;
- В) аортальном и митральном клапанах;
- Г) митральном, трикуспидальном и легочном клапанах;

Д) легочном клапане.

Ответ: (Г)

022. Какой процент обычно составляет фракция выброса у больных с дилатационной кардиомиопатией:

А) менее 60%;

Б) более 60%;

В)

более

30%;

Г)

20%;

Д) менее 30%.

Ответ: (Д)

023. О какой патологии левого желудочка может свидетельствовать зона нарушения локальной сократимости в виде гипокинезии, выявленная при проведении ЭХО-КГ:

1. миокард данной зоны часто подвержен ишемии

2. интрамуральный

инфаркт

миокарда

3. субэндокардиальный

инфаркт

миокарда

4. трансмуральный инфаркт миокарда

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

024. О какой патологии левого желудочка может свидетельствовать зона локальной сократимости в виде акинезии, выявленная при проведении ЭХО-КГ:

А) миокард данной зоны левого желудочка часто подвержен ишемии;

Б) крупноочаговый инфаркт миокарда;

В) субэндокардиальный

инфаркт

миокарда;

Г) тромбоэмболия легочной артерии;

Д) опухоль сердца.

Ответ: (Б)

025. О какой патологии левого желудочка может свидетельствовать зона локальной сократимости в виде дискинезии, выявленная при проведении ЭХО-КГ:

А) о наличии аневризмы

Б) интрамуральный инфаркт миокарда

В) субэндокардиальный инфаркт миокарда

Г) тромбоэмболия легочной артерии;

Д) амилоидоз сердца.

Ответ: (А)

026. Проведение ЭХО-КГ исследования у больных с ИБС имеет цель:

1. диагностика степени кальциноза стенок аорты;

2. оценка глобальной сократимости левого желудочка;

3. оценка локальной сократимости левого желудочка;

4. оценка диастолической функции левого желудочка.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

027. При проведении ЭХО-КГ могут быть диагностированы следующие осложнения инфаркта миокарда:

1. тромбоз полости левого желудочка;

2. выпот в полости перикарда на фоне синдрома Дресслера;

3. распространение инфаркта на правый желудочек;

4. разрыв межжелудочковой перегородки и шунтирование крови.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

028. К развитию какой патологии может привести дисфункция папиллярной мышцы при инфаркте миокарда:

- А) уменьшению полости левого желудочка;
 Б) гипертрофии стенок левого желудочка;
 В) уменьшению полости левого предсердия;
 Г) к формированию патологической митральной регургитации;
 Д) все вышеперечисленное.

Ответ: (Г)

029. Заподозрить митральный ревматический стеноз при ЭХО-КГ позволяет:

- А) разнонаправленное движение створок митрального клапана;
 Б) однонаправленное движение створок митрального клапана и спаечный процесс в области комиссур, "парусение" передней створки;
 В) увеличение расстояния от пика Е открытия передней створки митрального клапана до межжелудочковой перегородки;
 Г) дилатация левого предсердия;
 Д) пролабирование передней створки митрального клапана в полость левого предсердия.

Ответ: (Б)

030. По данным ЭХО-КГ при митральном стенозе дилатируются следующие камеры сердца:

- А) левое предсердие, правый желудочек, правое предсердие;
 Б) левый желудочек;
 В) правый и левый желудочки;
 Г) правые отделы сердца;
 Д) правое предсердие и левый желудочек.

Ответ: (А)

031. Для аортальной регургитации при ЭХО-КГ характерно:

- А) уменьшение полости левого желудочка;
 Б) дилатация полости левого желудочка;
 В) дилатация полости правого желудочка;
 Г) дилатация полости правого предсердия;
 Д) дилатация полости только левого предсердия.

Ответ: (Б)

032. Для компенсированного аортального стеноза при ЭХО-КГ выявляется:

- А) дилатация полости левого желудочка;
 Б) дилатация полости правого желудочка;
 В) гипертрофия стенок левого желудочка;
 Г) дилатация полости правого предсердия;
 Д) гипертрофия стенок правого желудочка.

Ответ: (В)

033. К ЭХО-КГ признакам тромбоза легочной артерии относится:

- А) гипертрофия стенки правого желудочка;
 Б) гипертрофия стенки левого желудочка;
 В) тромбоз полости левого предсердия;
 Г) флебит глубоких вен нижних конечностей;
 Д) дилатация правого желудочка.

Ответ: (Г)

034. Для хронического легочного сердца характерным ЭХО-КГ признаком является:

- А) гипертрофия стенки правого желудочка, дилатация правых камер сердца;
 Б) гипертрофия стенки левого желудочка, дилатация левых камер сердца;
 В) дилатация левого предсердия;
 Г) дилатация правого предсердия;
 Д) дилатация левого и правого предсердий.

Ответ: (А)

035. Для “гипертонического” сердца характерным ЭХО-КГ признаком является:

- А) гипертрофия стенки правого желудочка, дилатация правого предсердия;
- Б) гипертрофия стенки левого желудочка, дилатация левого предсердия;
- В) дилатация левого предсердия;
- Г) дилатация правого предсердия;
- Д) дилатация левого и правого предсердий.

Ответ: (Б)

036. Причиной эмболии по большому кругу кровообращения у больного с мерцанием предсердий может быть:

- А) гипертрофия стенок левого желудочка;
- Б) дилатация аорты в восходящем отделе;
- В) дилатация левых камер сердца, патологическая митральная регургитация;
- Г) дилатация правых камер сердца и патологическая трикуспидальная регургитация;
- Д) дилатация левого и правого предсердий.

Ответ: (В)

037. Для дефекта межпредсердной перегородки характерным ЭХО-КГ признаком является:

- 1. патологическая трикуспидальная недостаточность вследствие легочной гипертензии,
- 2. шунтирование крови слева направо;
- 3. парадоксальные движения межжелудочковой перегородки в диастолу в сторону левого желудочка;
- 4. дилатация правых камер сердца.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

038. Для подклапанного (субаортального) стеноза характерным ЭХО-КГ-признаком является:

- А) ускорение кровотока в выносящем тракте левого желудочка;
- Б) уменьшение скорости потока в выносящем тракте левого желудочка;
- В) спаечный процесс в области комиссур аортального клапана;
- Г) дилатация восходящего отдела аорты;
- Д) дилатация левого желудочка.

Ответ: (А)

039. К ЭХО-КГ признакам инфекционного эндокардита можно отнести:

- 1. наличие дополнительных наложений на створках и хордах клапанов;
- 2. наличие патологической регургитации;
- 3. Наличие выпота в полости перикарда;
- 4. патологический пролапс створок.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Ответ: (Д)

040. Для инфекционного эндокардита при инвазивном пути заражения наиболее часто характерно поражение:

- А) аортального клапана;
- Б) митрального клапана;
- В) митрального и аортального клапанов;
- Г) трикуспидального и легочного клапанов;
- Д) только клапана легочной артерии.

Ответ: (Г)

041. У больных с наличием хронического очага инфекции в организме при возникновении инфекционного эндокардита наиболее часто поражаются:

- А) аортальный клапан;

- Б) митральный и аортальный клапан;
 В) митральный и аортальный клапаны;
 Г) трикуспидальный и легочный клапаны;
 Д) только трикуспидальный клапан.

Ответ: (В)

042. Нормальное количество жидкости, которое можно визуализировать в полости перикарда при проведении ЭХО-КГ, равняется:

- А) 20-80 мл;
 Б) 100 мл;
 В) 500 мл;
 Г) 200-300 мл;
 Д) 100-200 мл.

Ответ: (А)

043. К ЭХО-КГ признакам экссудативного перикардита можно отнести:

- А) утолщение листков перикарда и однонаправленное движение перикарда и стенок желудочков;
 Б) расхождение листков перикарда в систолу и диастолу, превышающее физиологический уровень;
 В) наличие спаечного процесса в перикарде и участков адгезии;
 Г) отсутствие перикарда;
 Д) наличие зоны акинезии в миокарде.

Ответ: (Б)

044. К ЭХО-КГ признакам констриктивного перикардита можно отнести:

- А) утолщение листков перикарда, спаечный процесс и однонаправленное движение перикарда и стенок желудочков;
 Б) расхождение листков перикарда в систолу и диастолу, превышающее физиологический уровень;
 В) наличие спаечного процесса в перикарде и участков адгезии;
 Г) отсутствие перикарда;
 Д) наличие зон гипокинезии в миокарде.

Ответ: (А)

045. К ЭХО-КГ признакам адгезивного перикардита можно отнести:

- А) утолщение листков перикарда, спаечный процесс и однонаправленное движение перикарда и стенок желудочков;
 Б) расхождение листков перикарда в систолу и диастолу, превышающее физиологический уровень;
 В) наличие спаечного процесса в перикарде и участков адгезии;
 Г) отсутствие перикарда;
 Д) наличие 200 мл жидкости в полости перикарда.

Ответ: (В)

046. Для констриктивного перикардита при проведении ЭХО-КГ характерно:

1. уменьшение объемов желудочков
 2. дилатация предсердия;
 3. утолщение листков перикарда и спаечный процесс в перикарде;
 4. парадоксальное движение межжелудочковой и межпредсердной перегородки.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

047. При наличии большого количества жидкости в полости перикарда во время ЭХО-КГ можно обнаружить:

1. “качающееся” сердце;
 2. колабирование стенки правого предсердия в диастолу;
 3. колабирование стенки правого предсердия в конце систолы и в начале диастолы;
 4. уменьшение объемов камер сердца.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

048. К ЭХО-КГ признакам тампонады сердца относятся:

1. дилатация нижней полой вены;
2. отсутствие реакции нижней полой вены на вдох;
3. высокая степень зависимости скорости кровотока на клапане от акта дыхания (более 30%);
4. уменьшение объемов полостей сердца и нарушение систолической функции.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

049. К кардиоселективным бета-блокаторам относится:

1. пропранолол;
2. метопролол;
3. надолол;
4. атенолол.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Ответ: (В)

053. Гипотензивное действие клофелина связано с:

- А) блокадой бета-адренорецепторы;
 Б) уменьшением содержания ренина в плазме крови;
 В) стимуляцией альфа-адренорецепторов ЦНС;
 Г) увеличением содержания ренина в плазме крови;
 Д) стимуляцией бета-адренорецепторов.

Ответ: (В)

057. Для уменьшения риска развития толерантности к нитратам следует:

- А) обеспечить равномерную концентрацию лекарств в крови в течение суток;
 Б) делать перерывы между приемами препаратов;
 В) использовать малые дозы препарата;
 Г) использовать максимальные дозы препарата;
 Д) комбинировать разные препараты.

Ответ: (Б)

062. Больному хронической почечной недостаточностью при назначении гликозида предпочтение отдается:

- А) дигоксину;
 Б) изоланиду;
 В) строфантину;
 Г) дигитоксину;
 Д) коргликону.

Ответ: (Г)

063. Из-за синергизма побочных действий невозможна комбинация следующих лекарственных средств:

- А) энтеросорбенты + статины;
 Б) энтеросорбенты + никотиновая кислота;
 В) статины + фибраты;
 Г) пробукол + никотиновая кислота;
 Д) статины + пробукол.

Ответ: (В)

064. Укажите препарат, который обладает помимо гиполипидемического еще и антиоксидантным действием:

- А) холестирамин;
- Б) мевакор;
- В) никотиновая кислота;
- Г) пробукол;
- Д) гемфиброзил.

Ответ: (Г)

065. Частота нефротоксических осложнений увеличивается при сочетании “петлевых” диуретиков с:

1. пенициллинами;
2. цефалоспоридами;
3. макролидами;
4. аминогликозидами;
5. фторхинолонами.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (В)

067. Вторичный альдостеронизм является показанием для назначения:

- А) верошпиона;
- Б) индапамида;
- В) клопамиды;
- Г) триамтерена;
- Д) амилорида.

Ответ: (В)

068. Укажите препараты, относящиеся ко второму поколению антагонистов Ca²⁺:

- А) верапамил;
- Б) дилтиазем;
- В) нифедипин;
- Г) амлодипин;
- Д) изоптин.

Ответ: (Г)

069. Отметьте нежелательные комбинации:

1. нифедипин + нитраты;
2. дилтиазем + бета-адреноблокаторы;
3. нифедипин + верапамил;
4. верапамил + бета-адреноблокаторы;
5. нифедипин + бета-адреноблокаторы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (В)

070. Противопоказанием для назначения верапамил является:

- А) предсердная экстрасистолия;
- Б) трепетание предсердий;
- В) пароксизмальная форма мерцательной аритмии при синдроме ВПВ;
- Г) мерцательная аритмия;
- Д) желудочковая тахикардия.

Ответ: (В)

071. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

- А) митрального стеноза;
- Б) митральной недостаточности;

- В) недостаточности трехстворчатого клапана;
Г) стеноза устья аорты;
Д) стеноза трехстворчатого клапана.

Ответ: (В)

072. При пролапсе митрального клапана аускультативная симптоматика более выражена:

- А) в горизонтальном положении пациента;
Б) в вертикальному положению;
В) в положении на левом боку;
Г) при наклоне туловища вперед;
Д) в положении на правом боку.

Ответ: (Б)

073. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике стенокардии напряжения обладает:

- А) холодная проба;
Б) дипиридамовая проба;
В) проба с нагрузкой на велоэргометре;
Г) проба со статической физической нагрузкой;
Д) проба с гипервентиляцией.

Ответ: (В)

074. 2-я фаза потенциала действия клеток миокарда преимущественно обусловлена:

- А) быстрым входом ионов натрия внутрь клетки;
Б) выходом ионов хлора из клетки;
В) входом ионов кальция внутрь клетки;
Г) входом ионов калия;
Д) выходом ионов калия из клетки.

Ответ: (В)

075. Продолжительность зубца Р в норме составляет:

- А) 0,02 сек;
Б) до 0,10 сек;
В) до 0,12 сек;
Г) до 0,13 сек;
Д) более 0,13 сек.

Ответ: (Б)

076. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов:

- А) повышается;
Б) понижается;
В) не изменяется;
Г) может как повышаться, так и понижаться;
Д) вначале повышается, а затем понижается.

Ответ: (Б)

077. Легочный фиброз может развиваться при приеме:

- А) мекситила;
Б) кордарона;
В) хинидина;
Г) пропранолола;
Д) верапамила.

Ответ: (Б)

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

- А) правой коронарной артерии;
Б) передней нисходящей коронарной артерии;
В) общем стволе левой коронарной артерии;
Г) огибающей коронарной артерии;
Д) артерии тупого края.

Ответ: (В)

080. Толерантность к препарату может развиваться при лечении:

- А) нитратами;
Б) селективными бета-блокаторами;

- В) антагонистами кальция группы дилтиазема
 Г) неселективными бета-блокаторами;
 Д) антагонистами кальция группы верапамила.

Ответ: (А)

081. Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает:

- А) верапамил;
 Б) нифедипин;
 В) пропранолол (анаприлин);
 Г) нитросорбид;
 Д) этацизин.

Ответ: (Б)

082. Средние суточные дозы финоптина составляют:

- А) 40-80 мг;
 Б) 80-120 мг;
 В) 120-200 мг;
 Г) 240-320 мг;
 Д) 500-600 мг.

Ответ: (Г)

084. Больным неосложненным инфарктом миокарда с целью ограничения зоны некроза целесообразно:

1. внутривенное введение глюкозо-инсулин-калиевой смеси (“поляризующая смесь”);
2. внутривенное капельное введение нитроглицерина;
3. назначение средств, улучшающих метаболизм миокарда (рибоксин, кокарбоксилаза);
4. назначение бета-блокаторов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3-и 4.

Ответ: (В)

085. Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда являются:

- А) кордарон;
 Б) новокаинамид;
 В) бета-блокаторы;
 Г) лидокаин;
 Д) верапамил.

Ответ: (Г)

086. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:

- А) асистолия желудочков;
 Б) фибрилляция желудочков;
 В) желудочковая бигимения;
 Г) атриовентрикулярная блокада II степени;
 Д) синоаурикулярная блокада II степени.

Ответ: (Б)

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

1. разрыв межжелудочковой перегородки;
2. тромбоэмболия легочной артерии;
3. инфаркт миокарда правого желудочка;
4. тромбоэмболия почечной артерии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

088. При инфаркте миокарда увеличивается, в основном, содержание в крови изоферментов ЛДГ:

- А) ЛДГ-1;
- Б) ЛДГ-2;
- В) ЛДГ-3;
- Г) ЛДГ-4;
- Д) ЛДГ-5.

Ответ: (А)

089. При неосложненном инфаркте миокарда максимальное увеличение СОЭ обычно наблюдается:

- А) через несколько часов от начала заболевания;
- Б) в течение первых суток болезни;
- В) в течение вторых суток болезни;
- Г) через 7-12 дней от начала заболевания;
- Д) через 20 суток от начала заболевания.

Ответ: (Г)

090. При эпистенокардическом перикардите у больных инфарктом миокарда показаны:

- А) антигистаминные препараты;
- Б) нестероидные противовоспалительные препараты;
- В) глюкокортикоиды;
- Г) антибиотики;
- Д) нитраты.

Ответ: (Б)

091. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

- А) пневмония;
- Б) астматическое состояние;
- В) тромбоэмболия легочной артерии;
- Г) спонтанный пневмоторакс;
- Д) легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

Ответ: (В)

092. Способностью ограничивать объем поражения и благоприятно влиять на ближайший прогноз острого инфаркта миокарда обладают:

1. бета-блокаторы;
2. антагонисты кальция;
3. нитроглицерин (при внутривенном введении);
4. глюкозо-калиевая смесь.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

096. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:

- А) слабость;
- Б) приступы сердечной астмы;
- В) отеки ног;
- Г) венозный застой в большом круге кровообращения;
- Д) гепатомегалия.

Ответ: (Б)

097. Уменьшение активности ренина плазмы характерно для:

- А) феохромоцитомы;
- Б) реноваскулярной гипертензии;
- В) первичного гиперальдостеронизма;
- Г) хронического гломерулонефрита;
- Д) хронического пиелонефрита.

Ответ: (В)

098. Наиболее удобен для приема внутрь или сублингвально при лечении гипертонических кризов:

- А) адельфан;
- Б) анаприлин;
- В) коринфар;
- Г) допегит;
- Д) резерпин.

Ответ: (В)

099. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:

- А) метопролола;
- Б) нитроглицерина (в/в);
- В) финоптина;
- Г) дибазола;
- Д) дигоксина.

Ответ: (Б)

100. Во время реципрокной АВ-узловой тахикардии:

- 1. может отмечаться развитие блокады правой ножки пучка Гиса;
- 2. может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям;
- 3. развитие блокады проведения к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз “АВ-узловой тахикардии”;
- 4. может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

101. С риском развития осложнений гипертонической болезни коррелирует:

- 1. диастолическое АД;
- 2. систолическое АД;
- 3. частота сердечных сокращений;
- 4. как диастолическое, так и систолическое АД.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- *Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

102. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:

- 1. одышка;
- 2. стенокардия напряжения;
- 3. обмороки;
- 4. нарушения ритма сердца.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

103. В возникновении синкопальных состояний при асимметричной гипертрофической кардиопатии имеет значение:

- 1. систолическая обструкция выносящего тракта;
- 2. значительное снижение систолической функции левого желудочка;
- 3. возникновение различных нарушений ритма;

4. нарушение регуляции сосудистого тонуса.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

104. Максимальное отрицательное инотропное действие оказывает:

- А) хинидин;
Б) ритмилен;
В) кордарон;
Г) этмозин;
Д) мекситил.

Ответ: (В)

105. Внутривенное введение верапамила (финоптина) может вызвать:

1. купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии;
2. купирование приступа мерцательной аритмии;
3. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии;
4. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

106. Очень высокая частота сердечных сокращений во время мерцательной аритмии наблюдается при:

1. синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта;
2. тиреотоксикозе;
3. синдроме укороченного интервала PR;
4. гипертоническом сердце.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

107. Диастолическая дисфункция желудочков свойственна:

1. гипертрофической кардиомиопатии
2. рестриктивной кардиомиопатии
3. амилоидозу сердца;
4. физиологической гипертрофии миокарда левого желудочка.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

109. Для острого фибринозного перикардита не характерно:

- А) брадикардия;
Б) повышение температуры тела;
В) боль за грудиной;
Г) шум трения перикарда;
Д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

Ответ: (А)

110. В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают:

- А) эозинофилы;
- Б) моноциты;
- В) лимфоциты;
- Г) лейкоциты;
- Д) эритроциты.

Ответ: (В)

111. При частом ритме с широкими комплексами QRS признаками желудочковой тахикардии являются:

- 1. наличие “сливных” и/или проведенных желудочковых комплексов (так называемых “захватов”);
- 2. наличие ретроградных зубцов Р;
- 3. наличие атриовентрикулярной диссоциации;
- 4. отсутствие зубцов Р.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

112. Наиболее часто вызывает поражение эндокарда:

- А) лактобактерии;
- Б) синегнойная палочка;
- В) зеленящие стрептококки;
- Г) золотистые стафилококки;
- Д) менингококки.

Ответ: (В)

113. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- 1. миокардит;
- 2. васкулиты мелких сосудов;
- 3. эмболии мелких сосудов;
- с развитием абсцессов;
- 4. прогрессирующее сужение митрального клапана.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (А)

114. У наркоманов наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается:

- 1. митральный клапан;
- 2. аортальный клапан;
- 3. клапан легочной артерии;
- 4. трехстворчатый клапан;
- 5. клапан нижней полой вены.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (Г)

115. Признаком дисфункции синусового узла является:

- А) выраженная синусовая брадикардия;

- Б) мерцательная аритмия;
 В) предсердная экстрасистолия;
 Г) атриовентрикулярная блокада 1 степени;
 Д) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.

Ответ: (А)

116. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:

- А) дефектом межпредсердной перегородки;
 Б) дефектом межжелудочковой перегородки;
 В) митральным стенозом;
 Г) пролабированием митрального клапана без регургитации;
 Д) гипертрофической кардиомиопатией.

Ответ: (Б)

117. При эндокардите, вызванном грибами, показано назначение:

- А) ампициллина;
 Б) тетрациклина;
 В) амфотерицина В;
 Г) канамицина;
 Д) карбенициллина.

Ответ: (В)

118. Длительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите, как правило, составляет:

- А) 2 недели или меньше;
 Б) 4-6 недель;
 В) 2-4 недели;
 Г) 8-10 недель;
 Д) более 10 недель.

Ответ: (Б)

120. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:

- А) 1-2 кв. см;
 Б) 4-6 кв. см;
 В) 8-10 кв. см;
 Г) 8 кв. см;
 Д) 10 кв. см.

Ответ: (Б)

121. У больных с недостаточностью митрального клапана при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

- А) вверх и влево;
 Б) влево;
 В) вверх и вправо;
 Г) вправо и вверх;
 Д) только вверх.

Ответ: (А)

122. При аускультации сердца у больных с врожденным дефектом межжелудочковой перегородки выслушивается:

1. систолический шум над легочной артерией;
 2. усиление 2-го тона над легочной артерией;
 3. ослабление второго тона над легочной артерией;
 4. систолический шум с эпицентром в 3-4 межреберье по левому краю грудины.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

123. У больного с митральным стенозом на ЭКГ регистрируется:

1. широкий зубчатый зубец Р и отклонение электрической оси сердца вправо;
 2. широкий зубчатый зубец Р и блокада правой ножки пучка Гиса;
 3. широкий зубчатый зубец Р и смещение переходной зоны к левым грудным отведениям;

4. широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

124. При рентгенологическом исследовании для больных с митральным стенозом характерно:

1. увеличение второй дуги левого контура (ствол легочной артерии);
2. увеличение третьей дуги, левого контура (ушко левого предсердия);
3. наличие признаков активной легочной гипертензии;
4. увеличение четвертой дуги по левому контуру.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

125. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:

- А) во время систолы;
Б) в начале диастолы;
В) в конце диастолы;
Г) в середине диастолы;

Д) в систолу после систолического шума.

Ответ: (А)

126. Уменьшение степени аортальной регургитации можно ожидать после назначения:

1. апрессина;
2. каптоприла;
3. коринфара;
4. обзидана.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

127. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся:

1. неполная блокада правой ножки пучка Гиса на ЭКГ;
2. увеличение правых отделов сердца;
3. гиперволемия малого круга;
4. гиповолемия малого круга.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

128. Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно:

1. грубый систолический шум;
2. выслушивание 3-го тона;
3. пальпируемое систолическое дрожание;
4. повышенный риск инфекционного эндокардита.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

129. Желудочковая экстрасистолия:

1. Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца;
2. ухудшает течение гипертонической болезни;
3. может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом;
4. возникает во время нагрузочной пробы у пациентов без признаков органического поражения сердца.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

130. Средние эффективные суточные дозы этацизина составляют:

- А) 50-100 мг;
 Б) 150-200 мг;
 В) 250-300 мг;
 Г) 350-400 мг;
 Д) более 400 мг.

Ответ: (Б)

131. Средние эффективные суточные дозы аллапинина составляют:

- А) 25-50 мг;
 Б) 75-150 мг;
 В) 200-250 мг;
 Г) 300-350 мг;
 Д) более 350 мг.

Ответ: (Б)

132. Причиной легочной гипертензии при митральном стенозе является:

1. спазм легочных артериол;
2. гипертрофия легочных артериол и артерий;
3. склероз легочных артериол и артерий;
4. спазм капилляров.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

133. Для атриовентрикулярной блокады II степени типа 2 характерно:

1. прогрессивное удлинение интервала PQ перед выпадением желудочковых комплексов;
2. постоянство интервала PQ;
3. укорочение интервала PQ;
4. частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

134. Среди антиаритмических препаратов холинолитическое действие в наибольшей степени выражено у:

- А) хинидина;
 Б) новокаиамида;
 В) дизопирамида (ритмилена);
 Г) этмозина;
 Д) этацизина.

Ответ: (В)

135. Средством выбора для устранения гипотонии, возможной при в/в введении верапамила, является:

- А) мезатон;
 Б) хлористый кальций (или глюконат кальция);
 В) плазмозамещающие растворы;
 Г) сердечные гликозиды;
 Д) кордиамин.

Ответ: (Б)

136. Для проведения электрической дефибрилляции при фибрилляции желудочков целесообразно использовать разряд мощностью:

- А) 2 кВ;
 Б) 3 кВ;
 В) 4 кВ;
 Г) 5 кВ и более;
 Д) 3,5 кВ.

Ответ: (Г)

137. Минимальная мощность разряда для купирования мерцания предсердий с помощью электроимпульсной терапии, как правило, составляет:

- А) 1 кВ;
 Б) 3-4 кВ;
 В) 5-6 кВ;
 Г) более 6 кВ;
 Д) 1,5 кВ.

Ответ: (Б)

138. Для купирования приступа желудочковой тахикардии при отсутствии эффекта от лидокаина применяют:

- А) новокаиамид;
 Б) мезатон;
 В) обзидан;
 Г) верапамил;
 Д) строфантин.

Ответ: (А)

139. Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является:

- А) асистолия желудочков;
 Б) фибрилляция желудочков;
 В) электро-механическая диссоциация;
 Г) полная атриовентрикулярная блокада;
 Д) синоаурикулярная блокада II степени.

Ответ: (Б)

140. Имплантация кардиостимулятора (стимуляция в режиме “деманд”) показана:

- А) всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла;
 Б) только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения);
 В) больным с синоатриальной блокадой II степени;
 Г) больным с атриовентрикулярной блокадой II степени;
 Д) больным с постоянной формой мерцательной аритмии.

Ответ: (Б)

141. При внезапном возникновении выраженных брадиаритмий рационально использовать:

1. внутривенное введение атропина;
2. инфузию изопротеренола (изадрина), алупента, астмопента;
3. временную электрокар- диостимуляцию;
4. внутривенное введение преднизолона и фуросемида.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

142. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

- А) пневмония;
 Б) астматическое состояние;
 В) тромбоэмболия легочной артерии;
 Г) спонтанный пневмоторакс;
 Д) обострение хронического обструктивного бронхита.

Ответ: (В)

143. Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является:

- А) вены нижних конечностей;
 Б) вены верхних конечностей;
 В) правое сердце;
 Г) вены таза;
 Д) левое сердце.

Ответ: (А)

144. К гликозидной интоксикации предрасполагают:

1. пожилой возраст;
 2. почечная недостаточность;
 3. нарушение баланса электролитов (калия, магния);
 4. дилатация камер сердца.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

145. Причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда может быть:

1. разрыв головки папиллярной мышцы;
 2. разрыв межжелудочковой перегородки;
 3. разрыв левого желудочка;
 4. перикардит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

146. Для лечения мелкоочагового инфаркта миокарда используют:

1. нитраты;
 2. аспирин;
 3. гепарин внутривенно;
 4. бета-блокаторы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

147. Для острого инфекционного эндокардита характерно:

1. наличие лихорадки, озноба;

2. наличие лейкоцитоза;
 3. быстрое формирование порока сердца;
 4. быстрое появление признаков сердечной недостаточности.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

148. Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются:

1. порок сердца;
 2. эмболии;
 3. бактериемия;
 4. нарушения ритма.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

149. Препаратами первого выбора для лечения гипертонической болезни с высоким общим периферическим сосудистым сопротивлением являются:

- А) антагонисты кальция;
 Б) диуретики;
 В) седативные средства;
 Г) бета-блокаторы;
 Д) мочегонные.

Ответ: (А)

150. Из перечисленных факторов риска ИБС наиболее значимым является:

- А) повышение массы тела на 30% и более;
 Б) гиперхолестеринемия более 240 мг%;
 В) артериальная гипертония при диастолическом АД 95 мм. рт. ст.;
 Г) нарушение толерантности к углеводам;
 Д) блокада левой ножки пучка Гиса.

Ответ: (Б)

151. Из перечисленных субстанций вазопрессором является:

- А) ангиотензин-II;
 Б) ангиотензин-I; ренин;
 Г) простаглицлин;
 Д) оксид азота.

Ответ: (А)

152. Феномен парадоксального пульса заключается в:

- А) уменьшении наполнения пульса на вдохе;
 Б) увеличении наполнения пульса на вдохе;
 В) уменьшении наполнения пульса на выдохе;
 Г) увеличении наполнения пульса на выдохе;
 Д) отсутствию реакции пульса на фазы дыхания.

Ответ: (А)

153. Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является:

- А) перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201;
 Б) сцинтиграфия миокарда с технецием-99 и пирофосфатом;
 В) радионуклидная вентрикулография;
 Г) эхокардиография;
 Д) ангиография.

Ответ: (Б)

154. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:
- А) аортальным стенозом;
 - Б) митральным стенозом;
 - В) аортальной недостаточностью;
 - Г) митральной недостаточностью;
 - Д) трикуспидальной недостаточностью.

Ответ: (А)

155. Отрицательный зубец Р в отведениях III и AVF может регистрироваться при:
1. эктопическом предсердном ритме;
 2. отклонении электрической оси предсердия вправо;
 3. отклонении электрической оси предсердия влево
 4. синусовой тахикардии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

156. Интервал PQ включает:

1. Время проведения импульсов по предсердиям
2. Время проведения импульса по AV-узлу
3. Время проведения импульса по ножкам пучка Гиса
4. Время проведения импульса по волокнам Пуркинью

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

157. Интервал QT включает:

1. комплекс QRS;
2. сегмент ST;
3. зубец T;
4. зубец Р.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

158. При синоатриальной блокаде II степени по типу Мобитц I наблюдается:

1. выпадение комплексов PQRST;
2. укорочение интервала PP перед выпадением импульсов;
3. выскальзывающие импульсы во время выпадения комплекса PQRST;
4. выпадение комплекса QRST.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

159. Признаком пароксизмальной желудочковой тахикардии является:

1. уширение комплекса QRS > 0,12;
2. наличие синусовых зубцов Р, не связанных с комплексом

3. появление проводных синусовых импульсов (захватов);
4. появление сливных комплексов

- А) если правильные ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

160. Признаком инфаркта миокарда задней стенки (задне-базальный инфаркт) является:

1. увеличение высоты и ширины зубцов R в отведениях V1-V2
2. депрессия сегмента ST в отведениях V1-V2;
3. положительные зубцы T в отведениях V1-V2;
4. отрицательные зубцы T в отведениях V1-V2.

- А) если правильные ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

161. Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:

- А) нитраты;
Б) папаверин или (нош-па);
В) нестероидные противовоспалительные препараты;
Г) стероидные препараты;
Д) наркотические анальгетики.

Ответ: (В)

162. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:

- А) нифедипин;
Б) верапамил;
В) дилтиазем;
Г) изоптин;
Д) ангиозем.

Ответ: (А)

163. Наиболее длительным полупериодом выведения из перечисленных препаратов обладает:

- А) лидокаин;
Б) мекситил;
В) ритмилен;
Г) кордарон;
Д) этмозин.

Ответ: (Г)

164. Синонимом холестерина липопротеидов низкой плотности является:

- А) альфа-холестерин;
Б) бета-холестерин;
В) пребета-холестерин;
Г) неэстерифицированный холестерин;
Д) эстерифицированный холестерин.

Ответ: (Б)

165. При приеме никотиновой кислоты в плазме крови уменьшается содержание:

- А) только холестерина;
Б) только триглицеридов;
В) и холестерина и триглицеридов;
Г) холестерина, но повышается уровень триглицеридов;
Д) триглицеридов, но повышается уровень холестерина.

Ответ: (В)

166. Эффективная гиполипидемическая суточная доза никотиновой кислоты составляет:

- А) около 0,5г;
 Б) около 1,0г;
 В) около 1,5г;
 Г) около 3,0г;
 Л) около 2,0г.

Ответ: (Г)

167. Основным атерогенным классом липопротеидов являются:

- А) липопротеиды очень низкой плотности;
 Б) липопротеиды низкой плотности;
 В) липопротеиды высокой плотности;
 Г) хиломикроны;
 Д) липопротеиды промежуточной плотности.

Ответ: (Б)

168. Несовпадение между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при:

- А) стабильной стенокардии напряжения;
 Б) спонтанной стенокардии;
 В) прогрессирующей стенокардии напряжения;
 Г) впервые возникшей стенокардии;
 Д) любых вариантах стенокардии.

Ответ: (Д)

169. Среди больных ИБС спонтанная стенокардия встречается:

- А) более часто, чем стабильная стенокардии напряжения;
 Б) практически так же часто, как стабильная стенокардии напряжения;
 В) менее часто, чем стабильная стенокардии напряжения;
 Г) у 60%-70% больных;
 Д) более, чем у 80% больных.

Ответ: (В)

170. Антиангинальный эффект у больных стенокардией напряжения достигается при назначении:

- нитратов;
- бета-блокаторов;
- антагонистов кальция;
- аспирина.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

171. Рентгенологическими признаками сдавливающего (констриктивного) перикардита являются:

- отсутствие увеличения сердца и снижение пульсации сердечной тени;
- сглаженность или отсутствие дифференциации дуг сердца;
- обызвествление перикарда;
- отсутствие смещения верхушечного толчка при перемене положения тела.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

172. В наибольшей степени синдром отмены свойственен:

- А) нитратам;
 Б) антагонистам кальция;
 В) бета-блокаторам;
 Г) дезагрегантам;
 Д) ингибиторам АПФ.

Ответ: (В)

173. Операция аорто-коронарного шунтирования увеличивает продолжительность жизни у:

- А) всех категорий больных ИБС;
- Б) больных с поражением ствола левой коронарной артерии;
- В) больных с поражением правой коронарной артерии;
- Г) больных со спонтанной стенокардией;
- Д) больных с поражением огибающей артерии.

Ответ: (Б)

174. Средние суточные дозы нитросорбида у больных ИБС составляют:

- А) 10-20 мг;
- Б) 40-60 мг;
- В) 100-200 мг;
- Г) 300-400 мг;
- Д) 500-600 мг.

Ответ: (Б)

175. Наиболее эффективными препаратами, предотвращающими приступы спонтанной стенокардии, являются:

- А) нитраты;
- Б) антагонисты кальция;
- В) бета-блокаторы;
- Г) празозин;
- Д) аспирин.

Ответ: (Б)

176. Выживаемость больных ИБС с умеренно сниженной сократительной функцией левого желудочка после операции аорто-коронарного шунтирования увеличивается по сравнению с больными, лечеными медикаментозно при поражении:

- 1. одной (правой) коронарной артерии;
- 2. двух (правой и огибающей) коронарных артерий;
- 3. только огибающей артерии;
- 4. трех коронарных артерий.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

177. К кардиоспецифичным изоферментам относятся:

- 1. креатинфосфокиназа;
- 2. аспарагиновая трансаминаза;
- 3. ЛДГ;
- 4. фракция МВ креатинфосфокиназы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

178. При экссудативном перикардите может наблюдаться:

- 1. одышка;
- 2. глухость тонов сердца;
- 3. расширение границ сердечной тупости;
- 4. тахикардия и парадоксальный пульс.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

179. Основным методом патогенетической терапии больных инфарктом миокарда, поступивших в первые 4-6 часов от начала заболевания, является:

А) коронарная ангиопластика (баллонное расширение коронарных артерий);

Б) тромболитическая терапия;

В) аорто-коронарное шунтирование;

Г) внутривенная инфузия нитроглицерина;

Д) внутривенная инфузия бета-блокаторов.

Ответ: (Б)

180. Нарушения гемодинамики при спячном процессе в перикарде обусловлены:

1. ограничением диастолического растяжения миокарда;

2. снижением эффекта присасывающей способности грудной клетки;

3. сдавлением крупных вен;

4. возрастанием постнагрузки.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

181. Атриовентрикулярная (АВ) блокада у больных с инфарктом миокарда передней локализации:

1. является плохим прогностическим признаком;

2. как правило, развивается на уровне дистальных отделов системы Гиса-Пуркинье;

3. в большинстве случаев наблюдается только у больных очень обширным поражением миокарда;

4. в большинстве случаев наблюдается только у больных с мелкоочаговым поражением миокарда.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

182. Основным лечебным мероприятием при выраженной гипотонии или клинической картине шока у больных с признаками инфаркта миокарда правого желудочка является:

А) внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% раствор глюкозы);

Б) назначение диуретиков;

В) внутривенное введение сердечных гликозидов;

Г) назначение ингибиторов АПФ;

Д) назначение бета-блокаторов.

Ответ: (А)

184. При инфаркте миокарда повышенная активность ЛДГ в сыворотке крови сохраняется:

А) в течение 1-2 дней;

Б) в течение 3-5 дней;

В) в течение 7-14 дней;

Г) более чем 14 дней;

Д) в течение 30 дней.

Ответ: (В)

185. Повышенная активность креатининфосфокиназы в сыворотке крови при инфаркте миокарда является:

А) через 1-2 ч;

Б) через 4-8 ч;

В) через 12-24 ч;

Г) через 48 ч;

Д) через 30 минут от начала заболевания.

Ответ: (Б)

186. Лейкоцитоз при остром инфаркте миокарда выявляется:

- А) через несколько часов от начала
Б) к концу первых суток;
В) на вторые-третьи сутки;
Г) через 5 суток от начала заболевания;
Д) через 10 суток от начала заболевания.

Ответ: (В)

187. При истинном кардиогенном шоке у больных острым инфарктом миокарда летальность достигает:

- А) 20-30%;
Б) 40-50%;
В) 60-70%;
Г) 80-100%;
Д) 50-60%.

Ответ: (Г)

188. Митральная регургитация достаточно часто встречается при:

1. гипертрофической кардиомиопатии;
2. дилатационной кардиомиопатии;
3. рестриктивной кардиомиопатии;
4. дисгормональной миокардиодистрофии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

189. У больных, перенесших инфаркт миокарда, длительный прием аспирина:

- А) уменьшает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда;
Б) не влияет на прогноз;
В) уменьшает риск повторных инфарктов миокарда только у женщин;
Г) благоприятный эффект антиагрегантов возможен, но не доказан;
Д) увеличивает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда.

Ответ: (А)

190. Из нижеперечисленных гипотензивных средств наиболее выражен синдром отмены препарата у:

- А) резерпина;
Б) допегита;
В) клофелина;
Г) гипотиазида;
Д) коринфара.

Ответ: (В)

191. Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено:

1. гиперпродукцией кортикостероидов;
2. увеличением образования альдостерона;
3. гиперпродукцией ренина;
4. увеличением образования катехоламинов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

192. Для первичного гиперальдостеронизма характерно:

1. мышечная слабость;
2. полиурия;

3. парестезии;
4. гипостенурия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

194. Гипокалиемия наиболее характерна для:

- А) реноваскулярной гипертонии;
Б) феохромоцитомы;
В) первичного гиперальдостеронизма;
Г) хронического пиелонефрита;
Д) поликистоза почек.

Ответ: (В)

195. Злокачественная артериальная гипертония наиболее часто возникает у больных:

- А) гипертонической болезнью;
Б) реноваскулярной гипертонией;
В) паренхиматозными заболеваниями почек;
Г) мочекаменной болезнью;
Д) опухолью головного мозга.

Ответ: (Б)

196. Средством выбора для снижения АД у больных с расслаивающей аневризмой аорты является введение:

- А) диазоксида;
Б) клофелина и бета-блокатора;
В) нитропрусида натрия и бета-блокатора;
Г) дроперидола;
Д) фуросемида.

Ответ: (В)

197. Для лечения артериальной гипертонии у больных с нарушенной азотовыделительной функцией почек нецелесообразно применять:

- А) допегит;
Б) коринфар;
В) анаприлин;
Г) фуросемид;
Д) клофелин.

Ответ: (В)

198. Гипотензивное действие каптоприла связано с:

1. влиянием на калликреин-кининовую систему и систему простагландинов;
2. блокадой альфа-адренорецепторов;
3. уменьшением образования ангиотензина II;
4. уменьшением образования ренина.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

199. Для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно:

1. преимущественное нарушение систолической функции левого желудочка;
2. первоначальное нарушение систолической, а затем диастолической функции левого желудочка;
3. отсутствие нарушения диастолической и систолической функций левого желудочка;
4. преимущественное нарушение диастолической функции левого желудочка.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

200. Основным механизмом обструкции выносящего тракта левого желудочка у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии является:

1. соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка
2. движение задней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке;
3. противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана;
4. движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

201. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:

- А) вирусные;
 Б) стрептококковые;
 В) паразитарные;
 Г) грибковые;
 Д) микоплазменные.

Ответ: (А)

202. При установлении диагноза миокардита:

- А) обязательно назначение антибиотиков;
 Б) лечение в большинстве случаев симптоматическое;
 В) обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов;
 Г) обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде";
 Д) обязательно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов.

Ответ: (Б)

203. Гипокалиемия характерна для больных с:

- А) "объем натрийзависимым" вариантом гипертонической болезни;
 Б) первичным гиперальдостеронизмом;
 В) феохромоцитомой;
 Г) фибромышечной дисплазией почечных артерий;
 Д) хроническим пиелонефритом.

Ответ: (Б)

204. Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии являются:

- А) сердечные гликозиды;
 Б) бета-блокаторы и антагонисты кальция;
 В) периферические вазодилататоры;
 Г) сердечные гликозиды и нитраты;
 Д) сердечные гликозиды и диуретики.

Ответ: (Б)

205. Причиной "парадоксального пульса" при перикардите является:

- А) резкое снижение сердечного выброса на вдохе;
 Б) повышение сердечного выброса на выдохе;
 В) нарушение ритма;
 Г) повышение сердечного выброса на вдохе;
 Д) снижение сердечного выброса на выдохе.

Ответ: (А)

206. Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:

- А) аускультации;
 Б) рентгенографии;
 В) электрокардиографии;
 Г) эхокардиографии;
 Д) сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.

Ответ: (Г)

207. При сдавливающем (констриктивном) перикардите:

- А) происходит снижение венозного давления и повышение артериального;
 Б) отмечается снижение артериального давления и повышение венозного;
 В) артериальное и венозное давление существенно не меняются;
 Г) отмечается снижение артериального давления;
 Д) происходит снижение венозного и артериального давления.

Ответ: (Б)

208. У больных артериальной гипертонией при инфаркте миокарда увеличивается риск развития:

1. желудочковой пароксизмальной тахикардии;
 2. пневмонии;
 3. тромбоэмболии;
 4. разрыва миокарда.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

209. Инфекционный эндокардит чаще возникает:

- А) у больных, имеющих поражение клапанного аппарата;
 Б) при интактных клапанах;
 В) после протезирования клапана;
 Г) после комиссуротомии;
 Д) у больных с поражением миокарда.

Ответ: (А)

210. При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается:

- А) у большинства больных;
 Б) редко;
 В) в период выздоровления;
 Г) в сочетании с лейкопенией;
 Д) при нормальной СОЭ.

Ответ: (А)

211. Инфекционный эндокардит может осложняться развитием:

1. инфаркта миокарда;
 2. миокардита;
 3. тромбоэмболии легочной артерии;
 4. перикардита.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

212. При инфекционном эндокардите рекомендуется:

1. внутриартериальное введение антибиотиков;
 2. внутримышечное введение антибиотиков;
 3. применение препаратов per os;
 4. внутривенное введение антибиотиков.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

213. Применение каптоприла сопровождается:

1. уменьшением концентрации ангиотензина II;
2. уменьшением секреции альдостерона;
3. увеличением выделения натрия с мочой;
4. увеличением секреции альдостерона.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

214. При стафилококковой этиологии эндокардита наиболее эффективно назначение:

1. оксациллина;
2. ампициллина;
3. гентамицина и оксациллина;
4. тетрациклина.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

215. Быстрое снижение артериального давления противопоказано при:

- А) гипертонической энцефалопатии
 Б) расслаивающей аневризме аорты;
 В) нарушении мозгового кровообращения;
 Г) прогрессирующей почечной недостаточности;
 Д) отеке легких.

Ответ: (Г)

216. К наиболее доказанным факторам риска ИБС относятся:

1. малоактивный образ жизни, потребление высококалорийной пищи; дислиппротеидемия;
2. курение;
3. стресс

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

217. Грибковая этиология эндокардита часто выявляется:

1. у наркоманов;
2. после кардиохирургических операций;
3. после лечения антибиотиками широкого спектра действия;
4. на фоне лечения иммунодепрессантами.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

218. У больных митральным стенозом при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

А) вверх и вправо;

Б) вверх и влево;

В) влево;

Г) влево и вправо;

Д) только вправо.

Ответ: (А)

220. Для недостаточности аортального клапана характерны следующие периферические симптомы:

1. двойной тон Траубе и двойной шум Дюрозье
2. высокий, быстрый пульс;
3. низкое диастолическое артериальное давление;
4. капиллярный пульс.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

221. “Критическим” считается уменьшение площади левого атриовентрикулярного отверстия до:

А) 6 кв. см;

Б) 4 кв. см;

В) 3 кв. см;

Г) 2 кв. см;

Д) 1 кв. см и менее.

Ответ: (Д)

222. У больных артериальной гипертонией и сердечной недостаточностью для снижения АД целесообразно использовать:

А) клофелин;

Б) обзидан;

В) допегит;

Г) каптоприл;

Д) коринфар.

Ответ: (Г)

223. Критическим считается уменьшение площади аортального отверстия до:

А) 6 кв. см;

Б) 4 кв. см;

В) 3 кв. см;

Г) 2 кв. см;

Д) 0,5 кв. см и менее.

Ответ: (Д)

224. Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается:

А) дефект межпредсердной перегородки;

Б) аномалия Эбштейна;

В) стеноз легочной артерии;

Г) тетрада Фалло;

Д) комплекс Эйзенменгера.

Ответ: (А)

225. Первичной клинической формой нарушения ритма сердца не является:

А) экстрасистолия;

Б) атриовентрикулярная диссоциация;

В) ускоренные эктопические ритмы сердца;

Г) атриовентрикулярная блокада;

Д) синоатриальная блокада.

Ответ: (Б)

226. Наиболее опасным вариантом тахикардии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта

является:

- | | | | | |
|----|-----------------------|---------------------|--|-------------|
| 1 | | синусовая | | тахикардия; |
| 2. | пароксизмальная | атриовентрикулярная | | тахикардия; |
| 3. | пароксизмальная | предсердная | | тахикардия; |
| 4. | мерцательная аритмия. | | | |

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

227. Средние эффективные суточные дозы этмозина составляют:

- | | | |
|----|----------------|-----|
| А) | 200-300 | мг; |
| Б) | 400-500 | мг; |
| В) | 600-800 | мг; |
| Г) | 1000-1500 | мг; |
| Д) | более 1500 мг. | |

Ответ: (В)

228. Для урежения частоты сердечных сокращений при мерцательной аритмии назначают:

1. финоптин;
2. дигоксин;
3. анаприлин;
4. хинидин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

229. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь следует назначить:

- | | | |
|----|-----------|------------|
| А) | | финоптин; |
| Б) | | лидокаин; |
| В) | сердечные | гликозиды; |
| Г) | | обзидан; |
| Д) | кордарон. | |

Ответ: (Б)

230. Показаниями к проведению лечебных мероприятий у больных с нарушениями ритма сердца являются:

1. субъективно плохая переносимость сердцебиения и/или перебоев в работе сердца;
2. выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией;
3. неблагоприятное прогностическое значение некоторых аритмий;
4. возраст больного.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

231. Внутривенное введение верапамила может вызвать:

1. купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии;
2. купирование приступа желудочковой тахикардии;
3. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии;
4. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

232. Повышение концентрации сердечных гликозидов в крови вызывают:

1. новокаиномид и ритмилен;
 2. хинидин и кордарон;
 3. анаприлин (обзидан);
 4. верапамил (финоптин).

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

233. Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:

- А) хинидин;
 Б) новокаиномид;
 В) кордарон;
 Г) анаприлин (обзидан);
 Д) финоптин.

Ответ: (В)

234. Для лечения гипертонического криза при феохромоцитоме наиболее эффективным является внутривенное введение:

- А) фентоламина (реджитина);
 Б) пентамина;
 В) клофелина;
 Г) дибазола;
 Д) коринфара.

Ответ: (А)

236. Для первичного гиперальдостеронизма не характерны:

- А) мышечная слабость;
 Б) полиурия;
 В) парестезии;
 Г) гипостенурия;
 Д) гипергликемия.

Ответ: (Д)

237. Гепарин при тромбоэмболии легочной артерии вводят:

- А) в случае повышенного содержания протромбина в крови;
 Б) в случае значительного увеличения тромбинового времени;
 В) только при повторной тромбоэмболии;
 Г) для уменьшения агрегации тромбоцитов;
 Д) для профилактики тромбообразования.

Ответ: (Д)

238. Фибрилляция желудочков у больных инфарктом миокарда чаще развивается:

- А) в первые 1,2-2 часа от начала заболевания;
 Б) на 2-3 сутки от начала заболевания;
 В) на 7-10 сутки от начала заболевания;
 Г) на 20 сутки от начала заболевания;
 Д) спустя 30 суток от начала заболевания.

Ответ: (А)

239. Критерием дисфункции синусового узла является:

1. пауза в синусовых импульсах продолжительностью 3 сек;
 2. синоатриальная блокада II-III степени;

3. синусовая брадикардия менее 50 в мин;
4. урежение частоты сердечных сокращений до 60 в минуту.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

240. Систолическая артериальная гипертония в пожилом возрасте является:

1. является вариантом нормы;
2. характеризует доброкачественное течение гипертонии;
3. часто приводит к развитию недостаточности кровообращения;
4. фактором риска развития мозгового инсульта.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

241. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны:

- А) гипергликемия;
- Б) гипогликемия;
- В) лейкопения;
- Г) лимфоцитоз;
- Д) глюкозурия.

Ответ: (А)

242. Механизмами повышения АД могут быть:

1. повышение общего периферического сосудистого сопротивления;
2. увеличение массы циркулирующей крови;
3. увеличение минутного объема сердца;
4. повышение концентрации ренина плазмы крови.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

244. При повышении артериального давления, сочетающегося с энцефалопатией, из перечисленного целесообразно применять:

- А) диуретики;
- Б) бета-адреноблокаторы;
- В) препараты раувольфии;
- Г) сердечные гликозиды;
- Д) антагонисты кальция.

Ответ: (А)

245. Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертонии является:

- А) неспецифический аортоартериит;
- Б) фибромышечная дисплазия;
- В) аневризмы почечных артерий;
- Г) атеросклероз почечных артерий;
- Д) тромбозы и эмболии почечных артерий.

Ответ: (Г)

246. В передней прямой проекции при рентгенографии грудной клетки вторая дуга по левому контуру образована:

- А) ушком левого предсердия;

- Б) дугой аорты;
 В) нисходящей аортой;
 Г) легочной артерией;
 Д) левым желудочком.

Ответ: (Г)

247. При радионуклидной вентрикулографии можно определить:

1. ударный объем левого желудочка;
 2. минутный объем левого желудочка;
 3. сердечный индекс;
 4. фракцию выброса желудочков

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

248. Методика чреспищеводной электрокардиостимуляции позволяет оценить функцию синусового узла с помощью определения:

1. времени восстановления функции синусового узла;
 2. скорректированного времени восстановления функции синусового узла;
 3. времени синоатриального проведения;
 4. частоты сердечных сокращений после прекращения стимуляции.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

249. Снижение уровня калия в сыворотке крови может наблюдаться при:

1. первичном альдостеронизме;
 2. вторичном альдостеронизме;
 3. применении диуретиков;
 4. применении ингибиторов АПФ.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

250. Для диагностики инфаркта миокарда правого желудочка используется:

1. эхокардиография;
 2. инвазивное исследование гемодинамики;
 3. ЭКГ;
 4. ангиография.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

251. Односторонние отеки ног характерны для больных с:

1. сердечной недостаточностью;
 2. заболеваниями вен;
 3. гипотиреозом;

4. поражением лимфатических сосудов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

252. В норме систолический градиент артериального давления между аортой и левым желудочком:

- А) составляет 20-30 мм. рт. ст.;
Б) составляет 50-70 мм. рт. ст.;
В) составляет 100-120 мм. рт. ст.;
Г) отсутствует;
Д) составляет 10 мм. рт. ст..

Ответ: (Г)

253. Ранний диастолический шум (сразу после 2-го тона) характерен для:

- А) митрального стеноза;
Б) аортальной недостаточности;
В) открытого артериального протока;
Г) дефекта межпредсердной перегородки;
Д) митральной недостаточности.

Ответ: (Б)

254. Отличить гипертрофию левого предсердия от ритма коронарного синуса позволяет:

1. продолжительность зубца Р в отведениях I, AVL > 0,10 сек;
2. наличие двугорбого зубца Р в отведениях I, AVL, V3-V6;
3. положительный зубец Р во II отведении;
4. отрицательный зубец Р в отведениях I и AVL.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

255. При гипертрофии правого желудочка изменения ЭКГ позволяют предположить также наличие гипертрофии левого желудочка, если имеется:

1. глубокий S в отведениях V1-V2
2. угол альфа, равный -30 градусов;
3. косонисходящая депрессия ST в V5-V6;
4. смещение переходной зоны к левым грудным отведениям.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

256. Для узловой пароксизмальной тахикардии характерно:

1. наличие отрицательного зубца Р во II, III, AVF отведениях перед комплексом QRS;
2. резкое удлинение PQ в момент возникновения тахикардии;
3. обязательное уширение комплекса при большой частоте сердечных сокращений;
4. наличие отрицательного зубца Р в I, II, AVL отведениях.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

258. В отведениях V3-V4 регистрируется зубец Q продолжительностью 0,02; глубиной 2мм. Можно предположить наличие:

1. блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса;
2. гипертрофии межжелудочковой перегородки;
3. крупноочагового инфаркта миокарда
4. очаговых изменений передней локализации.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

259. У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса появление зубцов Q в отведениях AVL, 1, V5-V6 является признаком инфаркта миокарда:

1. передне-перегородочной локализации;
2. нижней локализации;
3. задней стенки;
4. боковой локализации.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

262. Лидокаину свойственные следующие побочные эффекты:

1. головокружение;
2. парестезии;
3. спутанность сознания, ступор;
4. тошнота, рвота.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

263. Побочные эффекты никотиновой кислоты связаны в основном с:

1. вазоконстрикцией;
2. гиповитаминозом;
3. аллергическими реакциями;
4. вазодилатацией.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

264. При приеме антагонистов кальция:

1. наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови;
2. наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови;
3. липидный состав крови неблагоприятно изменяется через 6 месяцев терапии;
4. существенных изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

265. Госпитализация больных впервые возникшей стенокардией:

1. решается индивидуально;
 2. не показана;
 3. показана в отдельных случаях;
 4. показана всем больным.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

266. Приступы стенокардии напряжения не возникают при медленной ходьбе по ровному месту у больных:

- А) I функционального класса;
 Б) II функционального класса;
 В) I и II функциональных классов;
 Г) III функционального класса;
 Д) II и III функциональных классов.

Ответ: (В)

267. Проба с физической нагрузкой расценивается как положительная в случае:

- А) развития депрессии сегмента ST ишемического типа;
 Б) развития инверсии зубца "Т";
 В) появления частых экстрасистол высоких градаций;
 Г) появления блокады правой ножки пучка Гиса;
 Д) возникновения пароксизма мерцательной аритмии.

Ответ: (А)

268. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме бета-блокаторов обусловлено, в основном:

- А) отрицательным инотропным эффектом;
 Б) отрицательным хронотропным эффектом;
 В) как отрицательным инотропным, так и отрицательным хронотропным эффектом;
 Г) уменьшением преднагрузки на левый желудочек;
 Д) уменьшением постнагрузки на левый желудочек.

Ответ: (В)

269. У больных ИБС с застойной недостаточностью кровообращения следует предпочесть:

- А) надолол (коргард);
 Б) верапамил;
 В) дилтиазем;
 Г) анаприлин;
 Д) нитраты.

Ответ: (Д)

270. У больных ИБС с синдромом слабости синусового узла следует избегать назначения:

- А) нитратов;
 Б) корватона;
 В) бета-блокаторов и верапамила;
 Г) коринфара;
 Д) фуросемида.

Ответ: (В)

272. Синдром отмены бета-блокаторов у больных ИБС может проявиться:

1. учащением приступов стенокардии;
 2. появлением приступов стенокардии в покое;
 3. снижением толерантности к физической нагрузке;

4. развитием инфаркта миокарда.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

274. Современная классификация ИБС включает:

1. стенокардию;
2. инфаркт миокарда;
3. постинфарктный кардиосклероз;
- 4 нарушение ритма сердца.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

275. Самым специфичным признаком ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), является:

- А) изменения сегмента Т и зубца Т;
Б) признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы или комплексы типа QS);
В) блокада ветвей пучка Гиса;
Г) нарушения ритма сердца;
Д) нарушение атриовентрикулярной проводимости.

Ответ: (Б)

276. Признаками выраженного поражения коронарных артерий при проведении пробы с физической нагрузкой являются:

1. максимальная достигнутая ЧСС менее 120 в минуту;
2. очень раннее появление депрессии сегмента ST (на первых минутах нагрузки);
3. длительное сохранение депрессии сегмента Т после прекращения нагрузки (в течение 6-8 мин);
4. появление депрессии сегмента Т во многих отведениях.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

277. Развитию сердечной недостаточности у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, может способствовать:

1. гипертрофия правого желудочка;
2. возникновение митральной недостаточности, вследствие дисфункции папиллярных мышц;
3. локализация инфаркта миокарда в задней стенке левого желудочка;
4. формирование аневризмы левого желудочка.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

278. Средством первого выбора для лечения частой желудочковой экстрасистолии в остром периоде инфаркта миокарда считается:

- А) новокаинамид;

- Б) кордарон;
- В) лидокаин;
- Г) бета-блокаторы;
- д) сердечные гликозиды.

Ответ: (В)

279. Признаками гиповолемии при физикальном обследовании являются:

1. спадение подкожных вен;
2. снижение уровня пульсации внутренней яремной вены справа (или отсутствие ее пульсации);
3. отсутствие хрипов в легких;
4. отсутствие ортопноэ.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

280. К основным показателям, используемым для определения прогноза у больных, перенесших инфаркт миокарда, относятся:

1. определение фракции выброса;
2. оценка степени поражения коронарных артерий;
3. наличие и выраженность желудочковых аритмий;
4. Возраст больного.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

281. К препаратам, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти и частоты возникновения повторного инфаркта миокарда:

- А) дигипиридамом (курантил);
- Б) верапамил (финоптин);
- В) бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью (тразикор, вискен);
- Г) бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности (анаприлин, метопролол);
- Д) антиаритмические препараты.

Ответ: (Г)

282. При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура:

- А) появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания;
- Б) появляется, обычно, на второй день заболевания;
- В) появляется на 3-4 день заболевания;
- Г) появляется на 5-6 день заболевания;
- Д) появляется в более поздние сроки.

Ответ: (Б)

283. В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:

1. гиповолемия;
2. стрессовая реакция на боль;
3. артериальная гипотония;
4. резкое снижение сократительной функции левого желудочка.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

284. Критериями эффективности тромболитической терапии у больных с острым инфарктом миокарда являются:

1. уменьшение болевого синдрома;
2. аритмии;
3. быстрое возвращение сегмента ST на ЭКГ к изолинии;
4. урежение ЧСС до 60 в минуту.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

285. Введение лидокаина больным в первые сутки инфаркта миокарда:

1. уменьшает вероятность возникновения фибрилляции желудочков;
2. не влияет на частоту возникновения фибрилляции желудочков;
3. увеличивает частоту асистолии желудочков;
4. увеличивает частоту развития блокады левой ножки пучка Гиса.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

"Верно-неверно".

Выбрать абсолютно неверный ответ.

286. Каждое из следующих мероприятий приемлемо в лечении острой левожелудочковой недостаточности на фоне гипертонического криза с уровнем АД 210/140 мм.рт.ст., за исключением:

- а) положения Тренделенбурга
- б) нитроглицерин 0,0005 под язык неоднократно с интервалом 3-5 мин.
- в) нифедипин 0,01 2-3 табл. под язык
- г) лазикс 8 мг 1% раствора внутривенно струйно
- д) допамин 5 мг 1% раствора внутривенно капельно

Ответ: (а, д)

287. Отек легких является характерным осложнением всех перечисленных состояний, кроме:

- а) острый инфаркт миокарда левого желудочка
- б) гипертонический криз
- в) сочетанный митральный порок
- г) ТЭЛА
- д) истинное утопление в пресной воде

Ответ (д)

288. К модифицируемым факторам риска ИБС относятся:

- а) гиперлипидемия
- б) дислипидемия
- в) артериальная гипертензия
- г) курение
- д) сахарный диабет или НТГ
- е) возраст (старше 45 лет-мужчины, старше 55 лет-женщины)
- ж) семейный анамнез ИБС (внезапная смерть у близких родственников)

Ответ: (е, ж).

289. Плановые показания к назначению сердечных гликозидов:

- а) наджелудочковые тахикардии (кроме синдрома WPW);
- б) хроническая сердечная недостаточность,
- в) пароксизмы мерцательной аритмии;
- г) антриовентрикулярная блокада II-III степени

Ответ: (а,в,г)

290. На МСЭК направляются пациенты с хронической сердечной недостаточностью:

- а) 1-2 функциональный класс;
- б) 2-3 функциональный класс;
- в) 3-4 функциональный класс;
- г) не направляются вообще

Ответ: (а, б, г)

291. Отек легких является характерным осложнением всех перечисленных состояний. Выбрать неверный ответ.

- а) инфаркт миокарда левого желудочка
- б) гипертонический криз
- в) сочетанный митральный порок
- г) тромбоэмболия легочной артерии
- д) утопление в пресной воде

Ответ: (г)

А-тип

Выбрать один правильный ответ.

292. Укажите, какие препараты показаны больному вегетососудистой дистонией по гипотоническому типу при стойком снижении АД до 85/55 мм.рт.ст. и плохой субъективной переносимости артериальной гипотонии:

- а) настойка женьшеня по 20 кап. 3 раза в день
- б) ДОКСА по 1 мл в/м 1 раз в день
- в) преднизолон по 5 мг 3 раза в день
- г) индометацин 0,025 по 2 таб. 3 раза в день

Ответ (а)

293. Какой из перечисленных ниже антигипертензивных препаратов можно без опасения назначить беременной женщине с артериальной гипертензией:

- а) пропранолол
- б) нифедипин
- в) клофелин
- г) фуросемид
- д) каптоприл

Ответ: (б)

294. В течение какого времени поликлиника может продлить больничный лист больному с гипертонической болезнью:

- а) до месяца
- б) до выздоровления
- в) до 4 месяцев
- г) не более 10 месяцев

Ответ: (г)

295. С чего целесообразно начать амбулаторную терапию пациенту 55 лет, страдающему ИБС (стенокардия II ФК) и артериальной гипертензией I степени.

- а) с тиазидовых диуретиков
- б) с ингибиторов АПФ
- в) с комбинированных препаратов типа каптозида
- г) с бета-блокаторов
- д) с клофелина

Ответ: (г)

296. Самое частое осложнение в первые часы острого инфаркта миокарда:

- а) отек легких
- б) нарушения ритма
- в) острая сердечно - сосудистая недостаточность
- г) кардиогенный шок
- д) разрыв сердца

Ответ: (б)

297. Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться:

- а) только при неосложненном течении

- б) больным до 50-летнего возраста
- в) при первичном инфаркте миокарда
- г) при отсутствии сопутствующих заболеваний
- д) по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда.

Ответ: (д)

298. Достоверным критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является:

- а) уменьшение вольтажа всех зубцов
- б) подъем сегмента ST
- в) депрессия ST более чем на 2мм
- г) появление отрицательных зубцов T
- д) тахикардия

Ответ: (в)

299. Самое частое осложнение в первые часы острого инфаркта миокарда:

- а) отек легких
- б) нарушение ритма
- в) острая сердечная недостаточность
- г) кардиогенный шок
- д) разрыв сердца

Ответ: (б)

300. Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться:

- а) только при неосложненном течении
- б) больным до 50-летнего возраста
- в) при первичном инфаркте миокарда
- г) при отсутствии сопутствующих заболеваний
- д) всем по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда

Ответ: (д)

301. Введение морфина противопоказано при одышке, вызванной:

- а) инфарктом миокарда
- б) кардиальной астмой
- в) гипертоническим кризом
- г) бронхиальной астмой
- д) митральным стенозом

Ответ: (в)

302. Из перечисленных причин приступов Морганьи – Эдемса - Стокса наиболее часто встречается:

- а) полная атриовентрикулярная блокада
- б) трепетание предсердий 1:1
- в) желудочковая тахикардия
- г) трепетание желудочков
- д) фибрилляция предсердий с тахисистолией желудочков

Ответ: (а)

303. Молодой мужчина жалуется после кратковременной потери сознания на слабость, тошноту. АД 85/50 мм.рт.ст., ЧСС - 116 в мин. Оптимальный вариант тактики врача скорой неотложной помощи:

- а) поставить капельницу с физраствором и госпитализировать в отделение интенсивной терапии
- б) оставить больного дома под присмотром родственников
- в) ввести мезатон и осмотреть повторно через 2 часа
- г) ввести кордиамин и рекомендовать обратиться в поликлинику
- д) поставить капельницу с норадреналином, госпитализировать в БИТ

Ответ: (д)

304. Москвич, находясь в Минске, заболел инфарктом миокарда и лежал в больнице 26 дней. Выписан с больничным листом на 29 дней (с учетом - дороги). В поликлинику явился своевременно. Нетрудоспособен. Как оформить нетрудоспособность:

- а) продлить выданный в Минске больничный лист на срок, зависящий от трудового прогноза и сроков средней длительности лечения при данном заболевании
- б) выдать больничный лист со дня обращения в поликлинику, считая Минский больничный лист недействительным
- в) заменить через КЭК минский больничный лист на московский и продолжить дальше на

общих основаниях. Минский больничный лист приложить к амбулаторной карте, как справку о болезни

Ответ: (в)

305. Какие периферические вазодилататоры могут быть использованы для длительной амбулаторной терапии больного с хронической сердечной недостаточностью?

- а) периндоприл;
- б) изосорбид динитрат;
- в) нитропруссид натрия;
- г) нитроглицерин.

Ответ: (а)

306. Что определяет сроки нетрудоспособности при хронической сердечной недостаточности:

- а) степень выраженности сердечной недостаточности;
- б) характер основного заболевания;
- в) возраст пациента.

Ответ: (б)

307. Укажите состояния, при которых целесообразно применение сердечных гликозидов у больных с хронической сердечной недостаточностью:

- а) железодефицитная анемия III степени
- б) гипертоническая болезнь II стадии
- в) хроническое легочное сердце
- г) мерцательная тахикардия
- д) при аускультации сердца выслушивается III тон

Ответ: (г)

308. Больной 48 лет. Много лет страдает хронической ревматической болезнью сердца. Имеется сложный порок сердца. ХСН ПБ ст. Инвалид II группы. Постоянно принимает дигоксин (0,25 мг/сут) и диуретики (верошпирон по 150 мг/сут, фуросемид по 80 мг/сут). На этом фоне состояние оставалось стабильным в течение 2-х лет. В последний год отмечает прогрессирующее ухудшение аппетита, частую рвоту, жидкий стул, значительное похудание (около 7кг), увеличение живота, появление отеков на ногах, уменьшение количества мочи до 800 мл в сутки. Увеличение дозы фуросемида (самовольное) в 2 раза не привело к увеличению диуреза, отеки же значительно увеличились. Почти полное исключение из пищи соли также не привело к улучшению состояния, появилась резкая слабость, сонливость. Родственники вызвали на дом Вас, участкового врача. Ваши предложения о тактике ведения пациента:

- а) госпитализация в дневной стационар
- б) госпитализация в круглосуточный стационар
- в) организация стационара на дому
- г) амбулаторное лечение

Ответ: (б)

309. Наиболее частой причиной смерти больного с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе является:

- а) истинный кардиогенный шок
- б) отек легких
- в) фибрилляция желудочков
- г) гемотампонада сердца
- д) полная атриовентрикулярная блокада

Ответ: (в)

310. Препаратом выбора для купирования пароксизма желудочковой тахикардии в амбулаторных условиях является:

- а) верапамил
- б) лидокаин
- в) дигоксин
- г) новокаинамид
- д) обзидан

Ответ: (б)

Е-тип

Тест на причинно-следственную связь.

311. У мужчины 45 лет при профилактическом осмотре зарегистрировано повышение АД до 240/140 мм. рт. ст. при отсутствии каких-либо жалоб со стороны пациента. Ранее в амбулаторной карте неоднократно фиксировалась диастолическая артериальная гипертензия. Наследственность по гипертонии не отягощена. При объективном исследовании обнаружено смещение левой границы относительной тупости сердца кнаружи на 1см от левой среднеключичной линии. При аускультации периферических артерий шумы не

определяются. Клинические анализы крови и мочи в норме. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. При офтальмоскопии артерии сужены и извиты, но ретинальных геморрагий нет. Креатинин крови 0,388 ммоль/л. При УЗИ почек и проведении экскреторной урографии конкременты и изменения чашечно-лоханочной системы не обнаружены.

1. Вероятный диагноз?

- а) вазоренальная артериальная гипертензия
- б) злокачественная артериальная гипертензия
- в) гипертоническая болезнь, осложненная первичным нефросклерозом
- г) гипертонический вариант хронического гломерулонефрита
- д) хронический пиелонефрит

Ответ: (в)

2. Выберите оптимальную для данного пациента антигипертензивную терапию:

- а) гипотиазид
- б) пропранолол
- в) клофелин
- г) периндоприл
- д) дибазол
- е) амлодипин

Ответ: (г, е)

К-тип

Тесты с комбинацией ответов.

312. При инфаркте миокарда правого желудочка противопоказаны:(выбрать правильную комбинацию ответов):

- 1. тромболитизис
- 2. кордарон
- 3. опиоиды
- 4. нитраты
- 5. в/в инфузии
- 6. диуретики
- 7. добутамин
- 8. ингибиторы АПФ

Комбинации ответов:

А: 1,3,4,5; Б: 1,3,4,6,7 В: 2,3,5,6 Г: 1,3,4,6,8 Д: 3,4,6,8

Ответ: Д

313. Какие осложнения могут развиваться при длительном лечении сердечной недостаточности тиазидовыми диуретиками:

- а) подагра;
- б) гипертония;
- в) снижение рефлексов;
- г) панкреатит;
- д) нарушение предсердно-желудочковой проводимости.

Ответ: (а, д)

314. Основанием для применения бета - адреноблокаторов при амбулаторном лечении хронической сердечной недостаточности является их способность:

- а) увеличивать сократимость миокарда
- б) уменьшать сократимость миокарда
- в) увеличивать частоту сердечных сокращений
- г) уменьшать частоту сердечных сокращений
- д) увеличивать преднагрузку
- е) уменьшать преднагрузку
- ж) увеличивать посленагрузку
- з) уменьшать посленагрузку
- и) оказывать антиаритмическое действие
- к) тормозить секрецию ренина
- л) тормозить секрецию предсердного натрийуретического гормона

Ответ: (г,з,и)

Р-тип

315. Тесты на соотнесение. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

Варианты ответов:

А. ИБС: Стенокардия напряжения II ФК, ХСН IIa, II ФК.

Б. ИБС: Стенокардия напряжения III ФК, ХСН I, I ФК.

В. ИБС: Впервые возникшая стенокардия. СН III ФК.

Г. ИБС: Острый инфаркт миокарда с Q от 15.05.05 передне – перегородочно – верхушечно - боковой локализации.

Д. ИБС: Прогрессирующая стенокардия от 15.05 ХСН II б, III ФК.

Е. ИБС: Острый инфаркт миокарда без Q от 15.05 передне – перегородочно – верхушечно - боковой локализации

Ж. Грудной остеохондроз. Вертеброторакалгия.

З. Тромбоз ветвей легочной артерии.

И. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рефлюкс - эзофагит.

1. На прием к ВОП обратился пациент К, 53 лет, инженер. Жалобы на боли за грудиной, сжимающего характера, иррадиирующие в левую лопатку, возникающие при ходьбе на расстояние 1-2 квартала или при подъеме по лестнице на один пролет, обычным шагом. Иногда данные боли провоцируются стрессовым состоянием или выходом из помещения на улицу в холодное время года. Купируются в покое через 5 мин. Болен в течение 6 месяцев. Ранее с данными жалобами за медицинской помощью не обращался, терапию не получал.

Объективно: на момент осмотра состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, ЧД=17/мин, тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=72/мин. АД 130/80. Печень не увеличена. Отеков нет. При ЭКГ (вне приступа болей) патологии не выявлено. Предполагаемый диагноз?

Ответ: (Б)

2. На прием к ВОП обратился пенсионер И, 71 год, с жалобами на учатившиеся в течение последних 10 дней приступы загрудинных болей до 7-8 раз в сутки, возникающие при незначительной физической нагрузке, иногда в покое, сопровождающиеся одышкой на вдохе. В течение последних 4 лет боли в области сердца возникали при ходьбе на расстояние 500 м или при подъеме по лестнице на 5-й этаж, одышка беспокоила при быстрой ходьбе. Принимал нитроглицерин при приступе болей, положительный эффект отмечает через 3-4 мин.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Дыхание жесткое, без хрипов. ЧД=19/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=80/мин. АД 140/80 мм.рт.ст. Печень (-). Пастозность голеней. При ЭКГ: косонисходящая депрессия сегмента ST в I, AVL, V₅ V₆ отведениях, глубиной 1 мм. Электрическая ось сердца отклонена влево. Предполагаемый предварительный диагноз?

Ответ : (Д).

3. Пациент М, 35 лет, обратился к ВОП с жалобами на боли в грудной клетке, возникающие при поворотах туловища, наклонах, глубоком вдохе, поднимании рук. Болен в течение 2 недель: начало заболевания связывает с физической нагрузкой (поднимание и перенос тяжестей).

Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=PS=64/мин. АД=120/80. Болезненность при пальпации в паравертебральных точках и в местах прикрепления ребер к груди. Печень (-). Отеков нет. Диагноз?

Ответ: (Ж).

4. Вызов ВОП на дом. Больная Ф, 67 лет. Жалобы на внезапно появившуюся одышку инспираторного характера, холодный пот, боли в груди, кашель с выделением мокроты с прожилками алой крови, слабость. В течение последних 3-х месяцев беспокоили боли внизу живота; стула не было в течение 4 недель.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ, кончика носа, ушей. Пульсация и набухание яремных вен. Дыхание жесткое, местами ослабленное, влажные хрипы. Тоны сердца глухие, акцент и раздвоение II тона над легочной артерией. АД 110/60 мм.рт.ст. во всех отделах. В левой подвздошной области пальпируется плотное образование 8x10 см. Печень +1,5см. Отечность голеней и стоп. Наиболее вероятный диагноз?

Ответ: (З)

316. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

А. К ВОП на амбулаторный прием обратилась больная М. 52 лет с жалобами на периодические ощущения перебоев в работе сердца, быструю утомляемость при физической нагрузке; иногда, после употребления соленой пищи, отмечается припухлость и покраснение лица, головную боль. Индекс массы 31,5 кг/м². При осмотре: повышенного питания, кожные покровы физиологической окраски, повышенная полнота. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, аритмичные, акцент второго тона над аортой. ЧСС 62; пульс 52 в мин. АД 172/96 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Голени пастозны. На ЭКГ - синусовый ритм, электрическая ось сердца отклонена влево, наджелудочковые экстрасистолы по типу три- и бигемении.

Б. Больной Б. 58 лет, жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, тяжесть в правом

подреберье, отеки на ногах. Считает себя больным в течение полугода, когда после перенесенного инфаркта миокарда появилась одышка. Последние 2 месяца тяжесть в правом подреберье, в течение месяца отеки на ногах. Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧДД 26 в минуту; пульс 96 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм.рт.ст. Над легкими в подлопаточных областях притупление перкуторного звука, там же дыхание ослаблено, незвучная крепитация. Печень выступает из-под правого края реберной дуги на 4,0см, на ногах отеки.

В. Больной Л. 42 лет, жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, пульсацию в голове. Страдает хронической ревматической болезнью сердца в течение 20 лет. Объективно: состояние средней степени тяжести, умеренная бледность кожных покровов. Положительный симптом Мюссе, "пляска каротид"; пульс 64 в минуту, ритмичный, приподнимающий верхушечный толчок в VI межреберье. Над легкими в нижних отделах укорочение перкуторного тона. Там же дыхание ослаблено, крепитация. Печень - по правому краю реберной дуги. АД 110/30 мм.рт.ст.

Варианты ответов.

1. Острая ревматическая лихорадка, активная фаза. Недостаточность аортального клапана. Альвеолярный отек легких. СН III, функциональный класс IIА.

2. Гипертоническая болезнь III степени, 2 стадии, риск III. Наджелудочковая экстрасистолия. СН II Б, III функциональный класс.

3. Постинфарктный кардиосклероз (ИБС: инфаркт миокарда). СН III, функциональный класс II Б.

Ответ: (А-2, Б-3, В-1)

317. Для каждого больного с неотложной патологией подберите наиболее вероятный диагноз.

Условия задания:

1. У больного 55 лет с острым инфарктом миокарда во время госпитализации в машине скорой помощи развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением АД. На ЭКГ: зубец Р не определяется, QRS уширен (0,12 сек) и деформирован, число желудочковых сокращений 150 в минуту.

2. У мужчины 43 лет на фоне большой физической нагрузки развились резкие давящие загрудинные боли, отдающие в левую лопатку. При осмотре: заторможен, кожа бледная, влажная, губы цианотичны. ЧД - 24 в минуту. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, пульс - 115 в минуту, слабого наполнения. АД - 95/75 мм.рт.ст. Печень не пальпируется, отеков нет. На ЭКГ: подъем ST в отведениях I, aVL, V₅-V₆, снижение ST в отведениях III, V₁V₂.

3. У больной 36 лет внезапно появилась сильная головная боль, сопровождающаяся тошнотой, сердцебиением, потливостью. Объективно: кожные покровы бледные, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту, АД - 230/120.

Варианты ответа:

А. феохромоцитома

Б. желудочковая тахикардия

В. криз при тиреотоксикозе

Г. тромбоэмболия легочной артерии.

Д. острый переднее - боковой инфаркт миокарда.

Е. пароксизм фибрилляции предсердий

Ответы: 1-Б, 2-Д, 3-,А.

N-тип

Тесты с определением точного количества ответов.

318. Перечень вариантов ответов:

- 11) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь, 3 стадия, I степень (по АД). ХСН I ФК.
- 12) ИБС. Стенокардия напряжения I ФК. ГБ, 3 стадия, 2 степень. ХСН I, I ФК.
- 13) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ХСН I, I ФК.
- 14) ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. ХСН На, III ФК.
- 15) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС (ИМ с Q от 1990г). Гипертоническая болезнь, 3 стадия, I степени, ХСН Пб III ФК.
- 16) ИБС. Стенокардия напряжения ФК ХСН I, I ФК.
- 17) ИБС. Острый инфаркт миокарда без Q, верхушечно- боковой.
- 18) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС (ИМ без Q от 1985г). ХСН I, I ФК
- 19) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса ХСН На, II ФК.
- 20) ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС (ИМ с Q от 2000). Фибрилляция предсердий, пароксизмальная и персистирующая, ХСН IIа, II ФК формы, частые рецидивы.

Вопросы:

1. Выбрать 4 ситуации, когда санаторно-курортное лечение противопоказано.

Ответ: 4,5,7,10

2. Выбрать 3 ситуации, когда санаторно-курортное лечение возможно только в местных кардиологических санаториях.

Ответ: 2,3,9

3. Выбрать 3 ситуации, когда не противопоказано лечение на климатических курортах.

Ответ: 1,6,8

319. Для каждого больного с неотложным состоянием выберите последовательность неотложных мероприятий.

Перечень вариантов ответов:

9. Введение миорелаксантов.
10. Введение эуфиллина.
11. Введение гепарина.
12. Интубация трахеи.
13. Введение дицинона.
14. Перевод на ИВЛ.
15. Введение кортикостероидов.
16. Наложение жгутов на среднюю часть бедер на 30 минут.

А. У пациента 17 лет, страдающего гриппом, на фоне относительного благополучия внезапно возник лающий кашель, одышка, стридорозное дыхание; голос сиплый, ЧСС - 120 в мин. Выбрать 3 неотложных мероприятия.

В. Пациент сидит в постели с наклоном туловища вперед, с опорой на руки. Он напряжен, бледен, форсирует дыхание с помощью вспомогательных мышц. Одышка экспираторного типа: затруднен и удлинен выдох. При аускультации легких — масса рассеянных сухих хрипов. Использовал беротек 8 раз без эффекта. Выбрать 2 неотложных мероприятия.

С. У больного 65 лет, страдающего фибрилляцией предсердий, внезапно появилась одышка в состоянии покоя, сухой кашель, боль в левой половине грудной клетки. На ЭКГ: глубокий зубец S в I отведении, глубокий Q и инверсия T в III отведении. Выбрать 3 неотложных мероприятия.

Д. Больной раком легкого отметил появление светлой пенистой крови с мокротой во время приступов кашля. При осмотре бледен, слева - хрипы. Выбрать 3 неотложных мероприятия.

Ответ: А - 1,4,6; В - 2,7; С - 3,2,7; Д - 8,2,5

К-тип

Выберите правильные сочетания ответов.

320. Что включает в себя медикаментозный стандарт неотложной помощи больному с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| 1)адреналин | <u>Комбинация ответов:</u> |
| 2)морфин | А, если верно 1,2,3,6 |
| 3)атропин | В, если верно 1,3,4,5 |
| 4)нитроглицерин | С, если верно 2,4,5,7 |
| 5)кислород | Д, если верно 1,4,7,8 |
| 6)фуросемид | Е, если все верно |
| 7)аспирин | |
| 8)лидокаин | |
| Ответ: (С) | |

В-тип

321. К каждому пронумерованному ЭКГ-признаку подберите наиболее подходящий ответ, обозначенный буквой:

- | | |
|---|-----------------------------|
| 5) высокий остроконечный зубец Т | А) полная АВ блокада |
| 6) зубец QS | В) гиперкалиемия |
| 7) снижение вольтажа зубцов R | С) экссудативный перикардит |
| 8) разобщенность регистрации зубцов RД) трансмуральный ИМ и комплекса QRS | |

Ответ: комбинации - 1 - В; 2 - Д; 3 - С; 4 - А.

Решить ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

На прием к ВОП обратился больной С., 51 год с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, сильную потливость, сердцебиение, перебои в работе сердца, постоянные ноющие боли в области

сердца без иррадиации, не связанные с физической нагрузкой, лихорадку субфебрильного характера, познабливание, снижение аппетита.

Отмечает плохое самочувствие в течение 2 месяцев. Последние 2 - 3 недели состояние усугубилось появлением одышки при незначительной физической нагрузке. За последний месяц больной потерял в весе 7 кг.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледные, имеют светло-кофейный оттенок, акроцианоз, кожа влажная. На внутренних сторонах предплечий, бедер, голеней симметричные петехиальные высыпания. На ладонях узелки Ослера. Над легкими перкуторно легочный звук, границы в пределах нормы, дыхание везикулярное. Отмечается пульсация сонных и подключичных артерий, прекардиальная область не изменена. Верхушечный толчок в пятом межреберье на 0,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии, ограниченный. Границы относительной сердечной тупости: левая - на 0,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя - край 3 ребра, правая - правый край грудины. I тон на верхушке сердца, II тон на аорте ослаблены. На уровне 3 - 4 ребра у левого края грудины выслушивается убывающий протодиастолический шум, проводящийся во второе межреберье справа. Сердечный ритм неправильный, единичные экстрасистолы, ЧСС - 140, пульс - 140/мин, АД - 160/10 мм рт. ст.

Живот правильной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край ровный, гладкий, закругленный, умеренно болезненный, размеры по Курлову: 9- 11- 14 см. Селезенка выступает на 2 см из подреберья.

Общий анализ крови: Эр. $2,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 74 г/л, ЦП - 0,79, тромбоциты - 187, лейкоциты - $10,8 \times 10^9/л$, п. - 8%, э. - 1%, сегм. - 50%, лимф. - 30%, мон. - 11%, СОЭ - 22 мм/час. Общий анализ мочи - прозрачная, светло-желтая, уд. вес - 1014, белок - 0,09 г/л, эритроц. - 10-12 в п/зр., лейкоц. - 6-8 в п/зр., единичные гиалиновые цилиндры.

На ЭКГ - синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Вызов ВОП на дом к больному С., 46 лет, который предъявляет жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, сильную потливость, сердцебиение, перебои в работе сердца, постоянные ноющие боли в области сердца без иррадиации, не связанные с физической нагрузкой, лихорадку субфебрильного характера, познабливание, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что больной в течение 10 лет страдает ревматизмом, сочетанным митральным пороком с преобладанием недостаточности. Последняя атака 1,5 года назад.

Отмечает плохое самочувствие в течение последних 2 месяцев. 2-3 недели назад состояние усугубилось появлением отеков на голенях к вечеру, одышки при незначительной физической нагрузке. За последний месяц больной потерял в весе 7 кг.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение тела активное, акроцианоз, кожа сухая, шелушится, на внутренних сторонах предплечий, бедер, голеней симметричные петехиальные высыпания. На ладонях узелки Ослера. Ногти в форме часовых стекол.

Над легкими перкуторно легочный звук, границы в пределах нормы, дыхание везикулярное, в нижних отделах - ослабленное.

Отмечается пульсация сонных и подключичных артерий, прекардиальная область не изменена, верхушечный толчок в 5 межреберье не разлитой. Границы относительной сердечной тупости: левая - 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя - край 3 ребра, правая - 0,5 см от правого края грудины. I тон ослаблен. На верхушке выслушивается грубый систолический шум, проводящийся в подмышечную область, на аорте - протодиастолический шум, проводящийся в точку Боткина-Эрба. Сердечный ритм неправильный, единичные экстрасистолы, ЧСС-120/мин, пульс-120/мин., АД - 160/50 мм рт. ст.

Живот правильной формы, мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край ровный, гладкий, закругленный, умеренно болезненный, размеры по Курлову: 9 - 11 - 14 см, селезенка по Курлову: 8x10 см. Голеня отечны.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?

5. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

На прием к ВОП обратился больной С., 56 лет с жалобами на внезапные приступы потери сознания, которые начинаются с головокружения, «темных» кругов перед глазами. Со слов жены: потеря сознания длится около 20 - 30 секунд, сопровождается судорожными подергиваниями конечностей, иногда непроизвольным мочеиспусканием. Приступ внезапно прекращается и больной не помнит, что с ним было.

9 месяцев назад перенес острый крупноочаговый инфаркт миокарда в области задней стенки левого желудочка. Приступы потери сознания появились 2 дня назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости умеренно расширены влево. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс - 40 в 1 мин. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки не определяются. На ЭКГ, снятой в приемном отделении - синусовая брадикардия, ЧСС - 38 в 1 мин. Рубцовые изменения в задней стенке левого желудочка.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

На прием к ВОП обратился больной С., 47 лет. При расспросе жалуется на приступы загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в левое плечо, лопатку, левую руку. Боли возникают в одно и то же время (в 4 часа утра) длительностью до 15 мин., сопровождающиеся чувством страха смерти, нехватки воздуха, одышкой, что заставляет больного вскакивать с постели. Прием нитроглицерина болевой синдром купирует не полностью. При расспросе по органам и системам выявлены колющие боли в левой половине грудной клетки при подъеме и ношении тяжести более 15 кг.

Болен около 2 месяцев.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 18 в 1 мин. Границы относительной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс - 76 в 1 мин. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет. Пальпация по паравертебральным точкам позвоночника безболезненная.

ЗАДАНИЯ

1. Тактика врача общей практики.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущим синдромам.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований (лабораторные и инструментальные).
6. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозные препараты (группы препаратов без указания конкретного лекарственного средства).
7. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Вызов ВОП на дом к больному А., 46 лет. Жалобы на боли за грудиной с иррадиацией в левую половину шеи, возникающие при ходьбе по ровному месту на расстояние 150-200м, подъеме по лестнице на 2 этажа, иногда в морозную погоду, на холодном ветру. Боли полностью купировались приемом 1 таблетки нитроглицерина или в покое через 2 - 3 минуты. В течение 4 последних лет наблюдался в поликлинике по поводу ИБС: стабильной стенокардии напряжения, ФК II. Последние 5 дней после психоэмоционального перенапряжения отмечает учащение приступов стенокардии - боли возникают при ходьбе по ровному месту на расстояние до 100 м, подъеме по лестнице на 1 этаж, длительность их увеличилась до 15 - 20 мин., 1 таблетка нитроглицерина купирует боль не полностью.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны

сердца умеренно приглушены, ритм сердечной деятельности правильный. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, артериальное давление 130/80 мм рт. ст.; живот при пальпации мягкий, печень не пальпируется.

ЗАДАНИЯ

1. Тактика врача общей практики?
2. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
3. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

На прием к ВОП обратился больной П., 66 лет с жалобами на головокружение, шум в ушах, ослабление памяти, одышку при физической нагрузке, умеренные сжимающие боли в области сердца, возникающие при ходьбе до 250 метров, без иррадиации, купирующиеся самостоятельно в покое через 15 - 20 минут.

Считает себя больным около двух лет, когда появилась вышеуказанная симптоматика. Без видимых причин потерял сознание, со слов окружающих, до 2-х минут, в связи с чем обратился за медпомощью.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, умеренный акроцианоз. В легких дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, ограничен, усилен. Сердечный ритм правильный, 1 тон ослаблен, акцент II тона на аорте. Грубый, скребущий, систолический шум во II межреберье справа от грудины, проводится по ходу сонных артерий и в межлопаточную область и в точку Боткина. ЧСС - 66, Рс - 66 в 1 минуту. АД - 170/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Температура - 36,5.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Больная Н., 38 лет. При плановой диспансеризации у ВОП предъявляет жалобы на одышку и сердцебиение при физической нагрузке, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна. В детстве перенесла ревматический полиартрит.

Общее состояние удовлетворительное. Цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец щек. В легких дыхание жестковатое, единичные сухие хрипы. ЧДД - 20 в 1 мин. В области верхушки сердца - пресистолическое дрожание. Верхушечный толчок в 5 межреберье по передне-подмышечной линии, разлитой. Границы относительной сердечной тупости смещены вверх (1 см) и влево (1,5 см). I тон ослаблен, акцент II тона на легочной артерии, щелчок открытия митрального клапана. На верхушке - грубый систолический шум, занимающий всю систолу, проводится в левую подмышечную область и короткий мягкий пресистолический шум на верхушке, не проводится. Пульс - 92 в 1 мин. ЧСС - 92. АД - 110/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Температура - 36,6° С.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Вызов ВОП на дом. Больной С., 56 лет. Жалобы на интенсивные жгучие боли за грудиной с иррадиацией в эпигастральную область и межлопаточное пространство, резкую слабость.

Считает себя больным в течение 20 часов, когда появилась описанная выше симптоматика. После введения анальгина (50% - 2,0 мл) и но-шпы (2,0 мл) состояние не улучшилось. Боль постепенно нарастала, появилась рвота, не приносящая облегчения. Доставлен в стационар.

В анамнезе больной отмечает высокие цифры артериального давления, лечения по этому поводу практически не получал.

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодный пот. Температура тела - 37,8. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие. ЧСС=118 в мин. Ритм правильный. АД - 75/50 мм рт. ст. Живот слегка напряжен, болезненный в эпигастрии.

Наблюдалась олигурия. Диастолическое давление в легочной артерии снижено.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

На прием к ВОП обратился больной Т., 73 лет. Жалобы на одышку в покое, сердцебиение, приступы удушья по ночам с затрудненным вдохом, сухой кашель, быструю утомляемость, снижение памяти.

Считает себя больным с 60-летнего возраста, когда перенес инфаркт миокарда. После выписки из стационара чувствовал себя удовлетворительно. Беспокоила одышка при физической нагрузке. Ухудшение самочувствия отмечает около 2-х недель, когда после физического перенапряжения, появилась одышка в покое, сердцебиение, сухой кашель, а в последние двое суток присоединились приступы удушья по ночам. Больной был вынужден вставать с постели и садиться у открытого окна.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, акроцианоз, холодные пальцы рук, ног, влажные ладони. Границы легких в норме. При аускультации дыхание жесткое, в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной сердечной тупости расширены вверх и влево. Сердечные тоны ритмичны, приглушены, на верхушке I тон ослаблен, выслушивается грубый систолический шум. ЧСС - 110 в 1 мин. Пульс ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

Рекомендуемая литература:

5. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.
6. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.
Дополнительная:
8. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

Раздел 3 «Болезни органов пищеварения»

Тема 1 «Факторы риска заболеваний/состояний органов пищеварения» ;

Тема 2 «Диагностика заболеваний органов пищеварения»;

Тема 3 «Состояния/заболевания органов пищеварения встречающиеся в ОВП»;

Тема 4 «Поражения пищеварительной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем»;

Тема 5 «Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов пищеварения в ОВП»;

Тема 6 «Неотложные состояния».

Цель: к концу обучения раздела «Болезни органов пищеварения» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, необходимые для эффективного оказания соответствующей помощи пациентам с заболеваниями органов пищеварения в разные возрастные периоды в условия ОВП.

Задачи:

1. Обучить проведению полного клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями органов пищеварения в условиях ОВП.
2. Рассмотреть распространенность основных состояний/заболеваний органов пищеварения в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Изучить проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях органов пищеварения и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Обучить устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния органов пищеварения, и их семьями в условиях ОВП.
5. Обучить организовать помощь пациентам с заболеваниями/состояниями органов пищеварения наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

В пределах контекста первичной медицинской помощи для каждой проблемы/состояния/ заболевания органов пищеварения нужно знать следующие области:

- этиологию и патогенез распространенных синдромов и заболеваний;
- естественное течение острых и хронических состояний/ заболеваний;
- распространенность состояний/ заболеваний в популяции и в различных половозрастных группах;
- типичные и нетипичные проявления и осложнения у взрослых, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста, беременных;
- факторы риска;
- особенности диагностики;
- лечение – начальное, неотложное, непрерывное;
- критерии для направления к амбулаторным специалистам и в стационар.

1. Нормальная анатомия и физиология пищеварительной системы (желудочно-кишечного тракта, печени, билиарной системы, поджелудочной железы) в различные возрастные периоды
2. Факторы риска заболеваний/состояний органов пищеварения
 - 2.1. Курение
 - 2.2. Генетическая предрасположенность
 - 2.3. Экология
 - 2.4. Профессиональные вредности
 - 2.5. Алкоголизм
 - 2.6. Питание
 - 2.10. Аллергены
 - 2.11. Психо-эмоциональный стресс
 - 2.12. Употребление лекарственных препаратов, включая наркотики
 - 2.13. Рискованное сексуальное поведение
3. Состояния/заболевания органов пищеварения встречающиеся в ОВП.
 - 3.1. Основные симптомы и синдромы
 - 3.1.1. Боль в животе
 - 3.1.2. Диарея
 - 3.1.3. Дисфагия
 - 3.1.4. Диспепсия

- 3.1.4.1. язвенная
- 3.1.4.2. неязвенная
- 3.1.5. Желтуха
- 3.1.6. Желудочно-кишечные кровотечения, включая ректальные
- 3.1.7. Запор
- 3.1.8. Энкопрез
- 3.1.9. Тошнота и/или рвота
- 3.1.10. Синдром нарушенного всасывания
- 3.1.11. Дисбиоз (дисбактериоз) кишечника
- 3.1.12. Асцит
- 3.1.13. Печеночная недостаточность
- 3.1.14. Демпинг-синдром
- 3.2. Основные заболевания/состояния органов пищеварения
 - 3.2.1. Пищевод
 - 3.2.1.1. Гастро-эзофагальная рефлюксная болезнь
 - 3.2.1.2. Дискинезии пищевода
 - 3.2.1.3. Эзофагит
 - 3.2.1.4. Эрозии и язвы пищевода
 - 3.2.1.5. Ахалазия пищевода
 - 3.2.1.6. Дивертикул пищевода
 - 3.2.1.7. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - 3.2.1.8. Опухоли пищевода
 - 3.2.2. Желудочно-кишечный тракт
 - 3.2.2.1. Хронический гастрит
 - 3.2.2.1.1. аутоиммунный (тип А)
 - 3.2.2.1.2. связанный с геликобактером (тип В)
 - 3.2.2.1.3. поверхностный
 - 3.2.2.2. Язва желудка и 12-перстной кишки
 - 3.2.2.3. Хронический дуоденит/гастродуоденит
 - 3.2.2.4. Дивертикулярная болезнь кишечника
 - 3.2.2.5. Синдром раздраженной кишки
 - 3.2.2.6. Хронический энтерит и колит
 - 3.2.2.7. Воспалительные заболевания кишечника
 - 3.2.2.7.1. Неспецифический язвенный колит
 - 3.2.2.7.2. Болезнь Крона
 - 3.2.3. Прямая кишка и перианальная область
 - 3.2.3.1. Геморрой
 - 3.2.3.2. Анальные трещины
 - 3.2.3.3. Парапроктит
 - 3.2.4. Печень
 - 3.2.4.1. Острые и хронические гепатиты
 - 3.2.4.1.1. Вирусные
 - 3.2.4.1.2. Алкогольные
 - 3.2.4.1.3. Токсические
 - 3.2.4.1.3. Лекарственные
 - 3.2.4.1.4. Аутоиммунный
 - 3.2.4.2. Циррозы печени
 - 3.2.5. Билиарная система
 - 3.2.5.1. Дискинезии желчевыводящей системы
 - 3.2.5.2. Хронический холецистит
 - 3.2.5.2.1. бескаменный
 - 3.2.5.2.2. калькулезный
 - 3.2.5.3. Желчнокаменная болезнь
 - 3.2.6. Поджелудочная железа
 - 3.2.6.1. острый панкреатит
 - 3.2.6.2. хронический панкреатит
 - 3.2.7. Носительство HBsAg
 - 3.2.8. Опухоли органов пищеварения

3.2.7.1. доброкачественные

3.2.7.2. злокачественные

4. Поражения системы пищеварения, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем:
 - 4.1. Диффузные заболевания соединительной ткани
 - 4.2. Сахарный диабет
 - 4.3. Нарушения мезентериального кровообращения
 - 4.4. Аневризма брюшной аорты
 - 4.5. Болезни накопления
 - 4.5.1. Амилоидоз
 - 4.5.2. Гемохроматоз
 - 4.5.3. Гепато-лентиккулярная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова)
 - 4.5.4. Болезнь Гоше
 - 4.6. Метастатические поражения органов пищеварения
5. Патология органов пищеварения у детей
 - 5.1. Муковисцидоз с поражением органов пищеварения
 - 5.2. Болезнь Гиршспрунга
 - 5.3. Пищевая аллергия
 - 5.4. Энзимопатии
 - 5.4.1. целиакия
 - 5.4.2. непереносимость лактозы
 - 5.5. Инвагинация кишечника
6. Неотложные состояния
 - 6.1. Острые желудочно-кишечные кровотечения, включая ректальные
 - 6.2. Острая печеночная недостаточность
 - 6.3. Острая диарея
 - 6.4. Желчная (печеночная) колика
 - 6.5. Кишечная колика
 - 6.6. Острая кишечная непроходимость
7. Диагностика заболеваний органов пищеварения
 - 7.1. Клиническое обследование (опрос, физикальный осмотр, включая пальцевое исследование прямой кишки)
 - 7.2. Неинвазивные методы исследования органов пищеварения
 - 7.2.1. Лабораторные методы исследования кала, асцитической жидкости
 - 7.2.2. Рентгенография органов пищеварения (обзорная, желудка, кишечника, билиарной системы)
 - 7.2.3. Диагностические тесты на выявление *Helicobacter Pylori*
 - 7.2.3.1. неинвазивные
 - 7.2.3.2. инвазивные
 - 7.2.4. Исследование желудочной секреции гистамином, пертогастрином
 - 7.2.5. Исследование внутрижелудочной pH-метрии
 - 7.2.6. Многофракционное дуоденальное зондирование
 - 7.2.7. Ультразвуковое исследование
 - 7.2.8. Компьютерная томография
 - 7.2.9. Радиоизотопные методы исследования
 - 7.3. Инвазивные методы исследования (показания, противопоказания, осложнения, диагностическая ценность)
 - 7.3.1. Фиброзофагогастродуоденоскопия с биопсией
 - 7.3.2. Колоноскопия с биопсией
 - 7.3.3. Ректоскопия с биопсией
8. Хирургическое лечение заболеваний органов пищеварения (показания, влияние на течение и прогноз, до- и послеоперационное амбулаторное ведение пациентов)
9. Клиническая фармакология. Основные группы лекарственных препаратов:
 - 9.1. Антисекреторные
 - 9.1.1. Антациды
 - 9.1.2. Блокаторы H₂-рецепторов гистамина
 - 9.1.3. Ингибиторы H⁺, K⁺-АТФазы
 - 9.1.4. М-холинолитики

9.1.4.1. неселективные

9.1.4.2. селективные

9.2. Цитопротекторы

9.3. Глюкокортикостероиды

9.4. Антибиотики. Основные группы, включая антигеликобактерные

9.5. Блокаторы дофаминовых рецепторов

9.6. Цитостатики

9.7. Разделатели специфического и неспецифического иммунитета

9.8. Миотропные спазмолитики

9.9. Холеретики и холекинетики

9.10. Препараты, растворяющие желчные камни

9.11. Производные 5-аминосалициловой кислоты

9.12. Ферментные препараты

9.13. Ингибиторы протеаз

9.14. Энтеросорбенты

10. Немедикаментозные методы лечения

10.1. Диета

10.2. Искусственное энтеральное питание

10.3. Пункция брюшной полости при асците

10.4. Введение лекарственных средств через прямую кишку

10.5. ЛФК

10.6. Физиотерапия

10.7. Литотрипсия

11. Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний органов пищеварения в ОВП

11.1. Немедикаментозная

11.1.1. Питание

11.1.2. Алкоголь

11.1.3. Психоэмоциональный стресс

11.1.4. Прием лекарственных препаратов с высоким риском поражения органов пищеварения

11.2. Вакцинация против:

11.2.1. гепатита А, В

11.2.2. пассивная иммунизация при контакте (гепатит А, В)

12. Реабилитация

12.1. ЛФК

12.2. Физиотерапия

12.3. Психотерапия

12.4. Санаторно-курортное лечение

13. Паллиативная помощь пациентам со злокачественными заболеваниями органов пищеварения

14. Психосоциальные проблемы

14.1. Социальная адаптация

14.2. Изменения в семье, имеющей больного с заболеваниями органов пищеварения

14.3. Депрессии, связанные с заболеваниями органов пищеварения

Обучающийся должен уметь:

применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов, имеющих проблемы/состояния/заболевания пищеварительной системы, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Навыками по истории болезни пациента, имеющего патологию пищеварительной системы:

Опросом (жалобы, анамнез)

Исследованием пищеварительной системы (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация живота)

Навыками лабораторных исследований:

Взятием и приготовления мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования кала

Исследованием кала на скрытую кровь

Интерпретацией исследования кала (общего, бактериологического, цитологического)

Пониманием результатов исследования асцитической жидкости

Пониманием результатов гистологического исследования

Методами диагностики, процедуры/манипуляции:

Пальцевым исследованием прямой кишки

Промыванием кишечника (очистительные клизмы)

Постановкой лечебных клизм

Методикой чтения рентгенограмм (обзорной, желудка, кишечника, билиарной системы)

Пониманием результатов исследования многофракционного дуоденального зондирования

Пониманием результатов исследования исследования внутрижелудочной рН-метрии

Пониманием результатов исследования желудочной секреции с гистамином, пентогастрином

Интерпретацией тестов на выявление *Helicobacter Pylori*

Стерилизацией инструментария, используемого у больных вирусным гепатитом

Утилизацией медицинских отходов больных вирусным гепатитом (биологического материала, разового инструментария, шприцов, игл, перчаток)

Навыками оказания неотложной помощи пациентам с состояниями/заболеваниями органов пищеварения:

Острая печеночная недостаточность

Острое желудочно-кишечное кровотечение, включая ректальное

Острая диарея

Желчная (печеночная) колика

Кишечная колика

Острая кишечная непроходимость

Навыками ведения пациентов после выписки из стационара с заболеваниями органов пищеварения, включая хирургические вмешательства

Навыками консультации:

Обучение пациентов из групп риска по вирусному гепатиту

Методикой профилактических рекомендаций пациенту с состояниями/заболеваниями органов пищеварения:

Здоровый образ жизни

Табакокурение

Назначение физических нагрузок

Питание

Употребление алкоголя

Употребление лекарственных препаратов с высоким риском поражения пищеварительной системы

Консультирование семьи, имеющего больного с хроническими заболеваниями органов пищеварения

Консультирование семьи, имеющего больного со злокачественными заболеваниями органов пищеварения

Навыками организации работы в ОВП по ведению пациентов с заболеваниями органов пищеварения:

Медицинской экспертизы:

Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности

Проведением клинико-экспертной комиссии (КЭК)

Определением медицинских показаний к трудоустройству

Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:

Организацией маршрута пациента, имеющего заболевания органов пищеварения: диагностика, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация

Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам и больным с тяжелыми хроническими заболеваниями органов пищеварения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Проведение полного клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями органов пищеварения в условиях ОВП.
2. Распространенность основных состояний/заболеваний органов пищеварения в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях органов пищеварения и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Умение устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния органов пищеварения, и их семьями в условиях ОВП.
5. Организация помощи пациентам с заболеваниями/состояниями органов пищеварения наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (опрос, осмотр, исследование гастроэнтерологических симптомов), освоение манипуляций (пальцевое исследование прямой кишки) по алгоритму под контролем преподавателя.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Предварительный синдромальный диагноз. Особенности сбора анамнеза. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и немедикаментозных методов. Профилактика.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Женщина 50 лет с жалобами на периодически возникающие запоры, отец которой заболел раком толстой кишки (РТК) в 60 лет

Дз: Синдром запора.

Признаки серьезного заболевания

- Наличие патологических примесей в стуле: темная кровь и слизь
- Положительные перитонеальные симптомы
- Обнаружение метастазов в печень

Психосоциальные факторы хронизации процесса

- Низкий уровень образования и экономический статус
- Алкоголизм и профессиональные вредности
- Этнические и национальные факторы (особенности питания и поведения)

Факторы риска

- Высокое содержание в пищевом рационе мяса (говядины и свинины) и животного жира.
- Недостаточное потребление витаминов А, С и Е.
- Потребление легкоусвояемой пищи с низким содержанием клетчатки и высоким содержанием различных химических веществ (таких, как консерванты).
- Низкое потребление пищевых продуктов, индуцирующих экспрессию бензпиренгидроксилазы (таких, как цветная капуста и турнепс), инактивирующей канцерогены.
- Работники асбестных производств, лесопилок, химических производств.
- Семейные полипозные синдромы и РТК среди родственников первой степени родства.
- Неспецифический язвенный колит, давностью более 10 лет (20% риск).
- Болезнь Крона (увеличение риска до 15%).
- Рак или аденома толстой кишки в анамнезе.
- Одиночные и множественные полипы, ворсинчатые опухоли.
- Рак органов женской репродуктивной системы и молочной железы а анамнезе.
- Иммунодефицитные состояния (такие, как ВИЧ/СПИД).

Ведение пациента

Диагноз:

Анамнез

- Необходимо обратить внимание на:

- Наличие предраковых заболеваний
- Неспецифического язвенного колита
- Болезни Крона
- Одиночных и множественных полипов (полипоза) толстой кишки
- Ворсинчатых опухолей
- Колоректальная карцинома у родственников первой степени родства

Физикальное исследование

Осмотр кожи, оценка выраженности подкожной жировой клетчатки, пальпация и перкуссия живота. Пальцевое исследование прямой кишки (исключение анальной трещины и геморроя). Влагалищное исследование женщин (исключение новообразований внутренних половых органов)

Инструментальные исследования

Анализ крови (гемоглобин и гематокрит для диагностики анемии)

Проба на скрытую кровь (гваяковая проба на скрытую кровь в кале); материал берется при 3 спонтанных дефекациях.

Рентгенологические исследования (ирригография и ирригоскопия) и эндоскопические исследования проводятся по назначению специалиста. Последние (ректороманоскопия, сигмоидоскопия, фиброколоноскопия) позволяют исключить геморрой, трещину заднего прохода, воспалительные заболевания кишечника, язву, аденоматозные полипы в различных отделах прямой и ободочной кишок с возможностью взятия материала для проведения цитологического и гистологического исследований.

При наличии индикаторов серьезного заболевания

Необходима консультация специалиста (хирург, гинеколог). Если после проведения обследования имеется подозрение на наличие РТК, необходима консультация онколога.

В случае отсутствия подозрения на рак толстой кишки, необходимо успокоить пациента и указать на необходимость профилактики рака и улучшение работы желудочно-кишечного тракта.

При отсутствии индикаторов серьезного заболевания - профилактика

- Повышение физической активности, нормализация веса
- Увеличение дозы потребляемой клетчатки до 30 г/сутки (нерастворимой), увеличение потребления кисломолочных продуктов, сырых фруктов и овощей (кроме картофеля, желателен цветную капусту, турнепс), хлеб из зерна грубого помола, сухофрукты
- Сокращение в рационе животного жира и продуктов, его содержащих (сало, жирное мясо, колбаса)
- Снижение потребления легкоусвояемых и высокоочищенных продуктов (белый хлеб, манная каша, кондитерские изделия, макароны, сахар)
- Нормализация водного баланса (увеличение потребления жидкости до 2 л/сут.).
- Отказ от алкоголя, курения и кофеинсодержащих напитков
- Достаточное потребление витаминов и минералов (особенно витаминов А, С и Е)
- Ограничение острых и соленых блюд

С 40 лет рекомендовано ежегодное пальцевое исследование прямой кишки и сдача анализа кала на скрытую кровь. С 50 лет ежегодно сдача анализа кала на скрытую кровь с проведением сигмоидоскопии 1 раз в 3 года. При болезни Крона – ежегодно колоноскопия. При наследственном семейном полипозе (после выполнения генетических проб и тестов) – колоноскопия 1 раз в год с 16 лет. При наличии родственников первой степени с РТК – колоноскопия с удалением полипов 1 раз в 3 года с возраста на 10 лет моложе самого молодого из заболевших. При язвенном колите с тяжелой дисплазией – тотальное удаление кишечника после 10 лет анамнеза язвенного колита

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Вызов ВОП на дом. У больного Н., 32 лет, после обильного приема жирной пищи и алкоголя внезапно появились интенсивные, режущие боли в эпигастриальной области, иррадиирующие в спину, многократная рвота, резкая слабость, головокружение. Ранее ничем не болел. Объективно определяется бледность кожных покровов, частый малый пульс, понижение АД до 90/70 мм рт. ст., болезненность и напряжение мышц живота в подложечной области и левом подреберье, положительный симптом Куллена, Мейо-Робсона, метеоризм, синюшность кожи в области пупка.

Предварительный синдромальный диагноз. Анамнез. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и немедикаментозных методов. Профилактика

1.1.1.1.1.1.1.1

1.1.1.1.1.1.1.2 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

На прием к ВОП обратился больной Г., 37 лет, у которого после алкогольного эксцесса появились опоясывающие боли в эпигастрии, тошнота, рвота, понос, желтуха, моча «цвета пива». Боли в эпигастрии беспокоят около 10 лет, появляются после приема острой, жирной пищи, алкоголя. В течение последнего года наблюдаются поносы, похудание.

Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые иктеричны, сухие, шелушащиеся. В легких дыхание жесткое, тоны сердца ритмичные, ослаблены; число сердечных сокращений 100 в 1 минуту. Язык обложен серо-желтым налетом, суховат. На коже живота «рубиновые капельки», живот при пальпации болезненный в эпигастриальной области, где определяется опухолевидное образование. Размеры печени по Курлову 10-8-7 см, слабо положительны симптомы Калька, Керра. Общий билирубин 96,2 мкмоль/л, прямой - 86 мкмоль/л, непрямой - 10,2 мкмоль/л, желчные пигменты в моче (++++).

ЗАДАНИЯ

1.1.1.1.1.1.2

Предварительный синдромальный диагноз. Анамнез. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов. Профилактика.

1.1.1.1.1.1.3

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

На прием к ВОП обратилась больная В., 38 лет, предъявляет жалобы на частый (до 20 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи; схваткообразные боли в левой подвздошной области, усиливающиеся после приема пищи и перед дефекацией, тенезмы, общую слабость, снижение веса; чувство песка в глазах, сухость и ломкость волос, ногтей.

Считает себя больной около 5 лет, когда впервые появились вышеуказанные симптомы. С подозрением на дизентерию была доставлена в инфекционную больницу, где после обследования диагноз был отвергнут. В дальнейшем лечилась в гастроэнтерологическом отделении. После лечения состояние улучшалось, прекращались боли, понос, но стул оставался кашицеобразным 2-3 раза в сутки. За время заболевания отмечает похудание (на 10 кг), последние 2 года - сухость и ломкость волос, ногтей.

Состояние средней степени тяжести. Положение тела активное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Кожа сухая, тургор ее снижен. Дыхание везикулярное. Границы сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ясные, на верхушке выслушивается дующий систолический шум, никуда не проводится. Ритм сердечной деятельности правильный. Пульс 100 в 1 мин. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный во всех отделах. При глубокой пальпации определяется урчание, сигмовидная кишка спазмирована, плотная, болезненная. Печень не увеличена.

Копрологическое исследование: испражнения типа «малинового желе», скопления эритроцитов, лейкоцитов, клеток кишечного эпителия.

ЗАДАНИЯ

1.1.1.1.1.1.4

Предварительный синдромальный диагноз. Анамнез. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов. Профилактика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

На прием к ВОП обратилась Больная И., 50 лет, которая предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в правом подреберье, иррадирующие в правую лопатку, правую ключицу, усиливающиеся после погрешности в диете (прием обильного количества пищи, жирной, жареной); сухость, горечь во рту, отрыжку воздухом, чередование поносов и запоров, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Общее состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания (рост - 160 см, вес - 92 кг). Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 72 в 1 мин, АД - 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации болезненный в правом подреберье. Определяются положительные симптомы Керра, Ортнера, Мюсси-Георгиевского.

ЗАДАНИЯ

1.1.1.1.1.1.5

Предварительный синдромальный диагноз. Анамнез. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов. Профилактика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

К ВОП обратилась Больная И., 50 лет. Предъявляет жалобы на боли схваткообразного характера внизу живота, в правой и левой подвздошной области, усиливающиеся после употребления в пищу сырых овощей, молока, уменьшающиеся после опорожнения кишечника и отхождения газов, частый (до 8 раз в сутки) жидкий стул в небольшом количестве с примесью слизи, кашицеобразный, желтого цвета; метеоризм, слабость, повышенную утомляемость, раздражительность.

Больна в течение 3-х лет, когда впервые появились вышеуказанные симптомы. Неоднократно лечилась в стационаре, после чего состояние улучшалось. За последнее время стала более раздражительной, ухудшился сон.

Общее состояние удовлетворительное. Эмоционально лабильна. Оценивает свое состояние как тяжелое. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 74 в 1 мин. АД - 140/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий при пальпации болезненный в правой и левой подвздошной области, пальпируется болезненная спазмированная сигмовидная кишка с плотными стенками. Печень не увеличена.

ЗАДАНИЯ

1.1.1.1.1.1.6 Предварительный синдромальный диагноз. Анамнез. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов. Профилактика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Вызов ВОП на дом. Больная С., 49 лет, предъявляет жалобы на резкие, постоянные, интенсивные боли режущего и колющего характера в правом подреберье и эпигастриальной области с иррадиацией в правую лопатку и в правую подключичную область. Боли возникли внезапно после приема жирной и острой пищи, сопровождались тошнотой и многократной рвотой с примесью желчи, не приносящей облегчения, имели волнообразный характер. Подобные приступы наблюдались ранее, продолжались по 2-3 часа, купировались баралгином.

Объективно: общее состояние тяжелое, больная беспокойная, стонет, мечется в кровати, температура тела 37,2°C. Кожные покровы обычной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 100 в 1 мин. АД-140/90 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловато-желтым налетом. Отмечается резкая болезненность в правом подреберье, в месте проекции желчного пузыря, напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительны. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

1.1.1.2 ЗАДАНИЯ

1.1.1.2.1.1.1.1 Предварительный синдромальный диагноз. Анамнез. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов. Профилактика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

На прием к ВОП обратился больной С., 47 лет, жалуется на периодически возникающую слабость, потливость, сердцебиение, чувство жара и дрожание конечностей, тяжесть в эпигастриальной области, головокружение, иногда обмороки. Приступы появляются через 15-20 мин после еды, особенно после приема сладких или молочных продуктов и сопровождаются тошнотой, поносом, неприятными ощущениями в области сердца. Такие приступы длятся около 20-30 минут. Страдает язвенной болезнью желудка около 12 лет. Заболевание протекало с частыми обострениями, особенно в осенне-зимний период. Три года назад заболевание осложнилось гастродуоденальными кровотечениями, в связи с чем была произведена резекция желудка по Бильрот II. После операции в течение года чувствовал себя удовлетворительно, затем появились вышеописанные приступы. Больной похудел на 9 кг. При объективном обследовании обращает на себя внимание повышенная раздражительность, вспыльчивость. Кожные покровы бледные, кожа сухая, тургор ее снижен. При исследовании легких и сердца изменений не выявлено. Пульс 78 уд/мин, АД -120/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации слегка болезненный в эпигастрии. Печень у края реберной дуги.

ЗАДАНИЯ

1.1.1.2.1.1.2 Предварительный синдромальный диагноз. Анамнез. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов. Профилактика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

На прием к ВОП обратился больной Н., 50 лет, с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, правом и левом подреберьях, ощущение тяжести в правом подреберье, непереносимость жирной пищи, тошноту, кровоточивость десен, общую слабость, парестезии в нижних конечностях. В течение последних 10 лет злоупотреблял алкоголем.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы влажные, тремор языка и пальцев рук, пальмарная эритема. На коже грудной клетки - «сосудистые звездочки». Гинекомастия. Околоушные железы увеличены. Мышцы гипотрофичные. Живот умеренно вздут, асцит. Венозные коллатерали на передней брюшной стенке. Печень выступает из-под края реберной дуги на 8 см, уплотнена, поверхность ее гладкая. Селезенка выступает на 3 см, плотная, безболезненная.

ЗАДАНИЯ

1.1.1.2.1.1.3 Предварительный синдромальный диагноз. Анамнез. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов. Профилактика.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)*

1. Современная эпидемиология гастроэнтерологических заболеваний.
2. Этапы оказания гастроэнтерологической помощи в амбулаторных условиях.
3. Особенности работы врача-гастроэнтеролога в поликлинике и преемственность работы с участковым врачом.
4. Использование внестационарных технологий лечения у гастроэнтерологического контингента больных.
5. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь. Тактика ведения в поликлинике. МСЭ. Диспансеризации Профилактика.
6. Язвенная болезнь. Стандарт первичного обследования. Цель и методика лечения. Диспансеризация. Профилактика.
7. Хронический гастрит с синдромом диспепсии. Стандарт первичного обязательного исследования при обострении. Обязанности врача и пациента. Цель диспансерного наблюдения.
8. Язвенный колит (неспецифический). Первичное обследование. Обязанности врача и пациента. Лечебные мероприятия. Диспансеризация. МСЭ.
9. Гепатит. Первичное обследование. Обязанности врача и пациента. Диспансерное наблюдение. МСЭ.
10. Желчно-каменная болезнь; болезни, возникающая после холецистэктомии. Диспансерное наблюдение. Показания к оперативному лечению. МСЭ. Профилактика осложнений.
11. Хронический панкреатит. Первичные обследования. Обязанности врача и пациента. Диспансеризация. МСЭ.
12. Синдром раздраженной кишки. Характеристика лечебных мероприятий. Требования к результатам диспансеризации.
13. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению больных гастроэнтерологического профиля.
14. Показания к экстренной и плановой госпитализации гастроэнтерологического контингента больных.
15. Особенности течения заболеваний ЖКТ у подростков, в пожилом и старческом возрасте.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

001. Показанием к эзофагоскопии не является:

- А) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
Б) эзофагит;

- В) язва желудка; пищевода;
 Г) травма грудной клетки;
 Д) варикозное расширение вен пищевода.

Ответ: (Г)

002. Специальной подготовки к гастроскопии требуют больные с:

- А) язвой желудка;
 Б) стенозом привратника;
 В) хроническим гастритом;
 Г) эрозивным гастритом;
 Д) полипами желудка.

Ответ: (Б)

003. Показанием к плановой гастроскопии является:

- А) обострение хронического гастрита;
 Б) язва желудка;
 В) рак желудка;
 Г) доброкачественная подслизистая опухоль желудка;
 Д) все перечисленное.

Ответ: (Д)

004. Показанием к экстренной гастроскопии не является:

1. полип желудка;
 2. инородное тело;
 3. анастомозит;
 4. желудочно-кишечное кровотечение.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

005. При наличии у больного симптомов желудочно-кишечного кровотечения ему следует произвести:

- А) обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости;
 Б) рентгенографию желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью;
 В) эзофагогастродуоденоскопию;
 Г) колоноскопию;
 Д) ректороманоскопию.

Ответ: (В)

006. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопии являются:

1. тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона;
 2. декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность;
 3. острый парапроктит;
 4. гемофилия;
 5. кровоточащий геморрой.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (В)

007. Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для:

- А) надпеченочной желтухи;
 Б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;
 В) печеночной желтухи;
 Г) застойной почки;
 Д) инфаркта почки.

Ответ: (В)

008. Выраженная билирубинурия характерна для:

- А) подпеченочной желтухи;
 Б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;
 В) почечно-каменной болезни;
 Г) застойной почки;
 Д) хронического нефрита.

Ответ: (А)

009. Основная масса белков острой фазы воспаления относится к фракции:

1. альфа2-глобулинов;
 2. гамма-глобулинов;
 3. бета-глобулинов;
 4. альфа1- и альфа2-глобулинов;
 5. альфа1-глобулинов

- А) если правильны ответы , 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (Г)

010. Транзиторная лейкопения не возникает при:

1. лучевого воздействия с терапевтической целью;
 2. длительном приеме лекарственных средств;
 3. алиментарной недостаточностью;
 4. значительной физической нагрузке.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

011. Внутривенная холецистография является информативным методом диагностики:

1. расширения общего желчного протока;
 2. хронического активного гепатита;
 3. хронического калькулезного холецистита;
 4. хронического панкреатита.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

012. Наиболее информативным методом выявления объемных процессов в поджелудочной железе является:

- А.) рентгенологическое исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью;
 Б) релаксационная дуоденография;
 В) внутривенная холеграфия;
 Г) ретроградная панкреатохолангиография;
 Д) компьютерная томография.

Ответ: (В)

013. При подозрении на рак головки поджелудочной железы с прорастанием общего желчного протока или на опухоль большого дуоденального сосочка (фатерова соска) диагностически значимыми методиками могут быть:

1. внутривенная холеграфия;
 2. компьютерная томография;
 3. ретроградная эндоскопическая; панкреатохолангиография;
 4. транспаритетальная холангиография.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

014. Наиболее сходную рентгенологическую картину дают следующие заболевания пищевода:

- А) варикозное расширение вен и рак;
 Б) чашеподобная карцинома и язва;
 В) стенозирующий кардиоэзофагеальный рак и ахалазия кардии;
 Г) рубцовое сужение после ожога изменения при склеродермии;
 Д) рефлюкс-эзофагит и склеродермия.

Ответ: (В)

015. При рентгенографии желудка остроконечная ниша малой кривизны тела желудка до 1см в диаметре, в виде выступа на контуре, окруженная симметричным инфильтративным овалом, имеющая эластичную стенку, наиболее характерна для:

- А) язвенного дефекта при неосложненной язвенной болезни;
 Б) пенетрирующей язвы;
 В) озлокачествленной язвы;
 Г) инфильтративно-язвенного рака;
 Д) эрозии желудка.

Ответ: (А)

016. Выявленная при рентгенографии желудка плоская ниша в антральном отделе желудка, 2,5см в диаметре, неправильной формы с обширной аперистальтической зоной вокруг наиболее характерна для:

- А) неосложненной язвы антрального отдела желудка;
 Б) пенетрирующей язвы;
 В) озлокачествленной язвы;
 Г) синдрома Золлингера-Эллисона;
 Д) эрозивного рака в начальной стадии.

Ответ: (В)

017. Высокие цифры кислотности желудочного сока, выявленные при рентгенологическом исследовании, множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, наличие хорошо васкуляризированной опухоли поджелудочной железы, установленное при ангиографии, – симптомы, характерные для:

- А) рака поджелудочной железы;
 Б) панкреатита;
 В) синдрома Золлингера-Эллисона;
 Г) карциноидного синдрома;
 Д) язвенной болезни.

Ответ: (В)

018. О кавернозном туберкулезе почки при исследовании методом экскреторной урографии свидетельствует:

- А) дефект паренхимы;
 Б) “белая” почка;
 В) отсутствие контрастирования почки;
 Г) интенсивное неравномерное контрастирование паренхимы;
 Д) расширение лоханки.

Ответ: (А)

019. По данным сцинтиграфии печени нельзя сделать заключение о:

- А) нормальном изображении печени;
 Б) опухоли печени;
 В) диффузном поражении печени;
 Г) хроническом гепатите;
 Д) очаговом поражении печени.

Ответ: (Г)

020. К желчегонным средствам, которые нежелательно назначать при язвенной болезни желудка, относится:

1. холензин;
 2. олиментин;
 3. бессмертник;
 4. мята перечная.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

021. К желчегонным средствам, обладающим противовоспалительным действием, относится:

- 1 оксафенамид;
2. никодин
3. циквалон
4. холензим
5. лиобил.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (А)

022. Укажите препарат, способный ликвидировать осмотическую диарею и вызывающий запоры:

- А) карбонат магния;
- Б) карбонат кальция;
- В) гидрокарбонат натрия;
- Г) гидроокись алюминия
- Д) гидроокись магния.

Ответ: (Г)

023. Внутриклеточная регуляция нарушений секреции соляной кислоты возможна с помощью:

- А) циметидина;
- Б) ранитидина;
- В) низатидина;
- Г) фамотидина;
- Д) омепразола.

Ответ: (Д)

024. При хроническом гастрите с повышенной секрецией назначают:

- А) дарсонвализацию;
- Б) УФ-излучение;
- В) флюктуоризацию;
- Г) ультразвуковую терапию;
- Д) углекислые ванны.

Ответ: (Г)

025. При хроническом колите, дискинезии кишечника с преобладанием спазмов назначают:

- А) душ Шарко;
- Б) углекислые ванны;
- В) электрофорез папаверина;
- Г) электрофорез кальция;
- Д) циркулярный душ.

Ответ: (В)

026. При хроническом колите, дискинезии кишечника с преобладанием атонии назначают:

- А) дидинамотерапию;
- Б) электрофорез атропина;
- В) микроволновую терапию;
- Г) УВЧ-терапию;
- Д) флюктуоризацию.

Ответ: (А)

027. Лечебная физкультура показана:

1. при острой крупозной пневмонии – через 7 дней от начала заболевания;
2. при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — через 2 месяца после кровотечения;
3. при крупноочаговом инфаркте миокарда — через 3 недели от начала заболевания;

4. при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — через 2 недели после кровотечения.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

028. Наследственная предрасположенность отмечается при следующих гастроэнтерологических заболеваниях:

- язвенной болезни;
- панкреатите;
- калькулезном холецистите;
- хронический гастрит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

029. К наследственным энзимопатиям относят:

- непереносимость лактазы;
- глютеную болезнь;
- амилазную недостаточность;
- дисахаридазная недостаточность.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

030. К наследственным формам доброкачественных гипербилирубинемий относят:

- синдром Криглера-Найяра (Наджара);
- синдром Ротора;
- Синдром Дубина (Дабина)-Джонсона;
- постгепатитную гипербилирубинемия Калька.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

031. Желчный пузырь сокращается под влиянием:

- А) гастрина;
Б) панкреатического сока;
В) холецистокинина;
Г) секретина;
Д) соляной кислоты.

Ответ: (Б)

032. Иммунные механизмы играют роль в патогенезе:

- первичного билиарного цирроза печени;
- неспецифического язвенного колита;
- глютеновой болезни;
- хронического гастрита.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

033. Бета-амилазу секретируют:

1. околоушные слюнные железы;
2. кишечник;
3. поджелудочная железа;
4. желудок.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

034. Бета-амилаза катализирует гидролиз:

1. клетчатки;
2. глюкозы;
3. дисахаридов;
4. крахмала.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

035. Активность трипсина в сыворотке крови повышается при:

1. перитоните;
2. обострении хронического панкреатита;
3. язвенной болезни;
4. остром панкреатите.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

036. Конъюгированный (связанный) билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента:

1. нуклеотидазы;
2. лейцинаминопептидазы;
3. кислой фосфатазы;
4. глюкуронилтрансферазы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

037. Повышение содержания неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови характерно для:

1. гемолитической анемии;
2. функциональной гипербилирубинемии Жильбера;

3. синдрома Криглера-Найяра (Наджара);
4. талассемии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) ясли правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

038. Повышение содержания в крови неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина происходит в результате:

- увеличения образования билирубина;
- снижения захвата билирубина печенью;
- дефицита глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах;
- повышения гемолиза эритроцитов.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - ясли правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

039. Уробилиноген образуется в:

- желудке;
- почках;
- печени;
- кишечнике.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) ясли правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

040. Повышение активности аланиновой трансаминазы в сыворотке крови может быть вызвано:

- некрозом гепатоцитов любой этиологии;
- травмой скелетных мышц;
- инфарктом миокарда;
- заболеванием почек.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) ясли правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

041. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при:

- хроническом активном гепатите;
- активном циррозе печени;
- инфаркте миокарда;
- хроническом холестатическом гепатите.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) ясли правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

042. Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается при:
1. внутрипеченочном холестазе;
 2. вирусном гепатите;
 3. первичном раке печени;
 4. гемолитической анемии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

043. Повышение активности щелочной фосфатазы у больного с циррозом печени может свидетельствовать:

- А) присоединении вирусного гепатита;
 Б) некрозе гепатоцитов;
 В) печеночной недостаточности;
 Г) портальной гипертензии;
 Д) циррозе- раке.

Ответ: (Д)

044. Гипоальбуминемия характерна для:

1. хронического персистирующего гепатита;
2. острой атрофии печени;
3. гепатомы;
4. цирроза печени.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

045. Причиной гипоальбуминемии у больных с отеками могут быть:

1. заболевание печени;
2. избыточная потеря белка через кишечник;
3. избыточная потеря белка через почки;
4. длительный голод.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

046. Повышение концентрации общих липидов в крови наблюдается при:

1. сахарном диабете;
2. билиарном циррозе;
3. холестатическом гепатите;
4. алкоголизме.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

047. Гиперхолестеринемия наблюдается при:

1. атеросклерозе;
2. холестазе;

3. сахарном диабете;
4. гипотиреозе.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

048. Желчь подвергается реабсорбции в:

1. двенадцатиперстной кишке;
2. тощей кишке;
3. прямой кишке;
4. начальном отделе толстой кишки.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

049. Для печеночного цитолитического синдрома характерно:

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

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

050. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:

- А) повышение активности аланиновой аминотрансферазы;
Б) повышение активности альдолазы;
В) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы;
Г) гипоальбуминемия.
Д) повышение уровня сывороточного железа.

Ответ: (А)

051. Внутрпеченочный холестаза характеризует:

1. билирубинурия
2. увеличение в крови активности щелочной фосфатазы;
3. гиперхолестеринемия;
4. появление желчных кислот в моче.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

052. В диагностике холестагического синдрома имеет значение:

1. повышение активности прямого (связанного) билирубина крови;
3. повышение холестерина;
4. повышение активности гамма-глутамилтранспептидазы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

053. При холестатическом синдроме уробилиноген в моче:

1. снижается;
2. повышается;
3. исчезает;
4. не изменяется.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

054. Появление билирубина в моче указывает на:

1. вирусный гепатит С;
2. подпеченочную желтуху;
3. гемолитическую желтуху;
4. паренхиматозную желтуху.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

055. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при:

1. микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника;
2. микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта;
3. неспецифическом язвенном колите;
4. употреблении мяса в пищу.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

056. Снижение стеркобилина в кале наблюдается при:

1. паренхиматозной желтухе;
2. гемолитической анемии;
3. механической желтухе;
4. жировом гепатозе.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

057. Креаторея наблюдается при:

1. ахилии;
2. гнилостной диспепсии;
3. недостаточности внешней секреции поджелудочной железы;

4. хроническом холецистите.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

058. Стеаторея в виде нейтрального жира характерна для:

1. механической желтухи;
2. паренхиматозной желтухи;
3. хронического панкреатита;
4. хронического гастрита.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

059. Противопоказанием для фиброэндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является:

- А) варикозное расширение вен пищевода;
Б) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта;
В) дивертикул пищевода;
Г) астматическое состояние;
Д) рак кардиального отдела желудка.

Ответ: (Г)

060. Внутривенная холеграфия является информативным методом для диагностики:

1. расширения общего желчного протока;
2. хронического активного гепатита;
3. хронического калькулезного холецистита;
4. болезни Жильбера.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

061. Плохо выявляются при ультразвуковом исследовании:

- А) очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс);
Б) холелитиаз;
В) гемангиома печени;
Г) кисты и абсцессы поджелудочной железы;
Д) рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска).

Ответ: (Д)

062. Сканирование печени наиболее результативно в диагностике:

- А) микронодулярного цирроза печени;
Б) гепатита;
В) очагового поражения печени;
Г) макронодулярного цирроза печени;
Д) застойного фиброза печени.

Ответ: (В)

063. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет:

- А) пероральная холецистография;
Б) внутривенная холеграфия;
В) сцинтиграфия печени;

Г) ретроградная панкреатохолангиография;
Д) прямая спленопортография.

Ответ: (Г)

064. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом при:

1. болезни Уиппла;
2. глютеновой болезни;
3. склеродермии;
4. болезни Крона.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

065. Колоноскопия позволяет выявить:

1. неспецифический язвенный колит;
2. ран толстой кишки;
3. болезнь Крона;
4. дивертикулез толстой кишки.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

066. Лапароскопию назначают:

1. при подозрении на первичный рак печени;
2. при подозрении на метастатический рак печени;
3. для уточнения причины асцита;
4. при подозрении на камни желчного пузыря.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

067. Компьютерная томография позволяет выявить:

1. активный гепатит;
2. кисты поджелудочной железы;
3. асцит;
4. опухоли брюшной полости.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

068. Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются:

1. ощущением комка в горле;
2. дисфагией при употреблении жидкой пищи;
3. дисфагией при употреблении плотной пищи;
4. постоянной дисфагией.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

069. Этиологическими факторами дискинезии пищевода являются:

1. нарушение иннервации пищевода;
2. рефлекторное влияние с соседних органов;
3. заболевания центральной нервной системы;
4. инфекционные заболевания (ботулизм, дифтерия).

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

070. Гиперкинетическая форма дискинезии пищевода обусловлена:

1. эрозивным эзофагитом;
2. язвой пищевода;
3. расстройством нервного аппарата пищевода;
4. невротами.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

071. Гипокинетическая форма дискинезии пищевода проявляется в виде:

1. гипотонии пищевода;
2. атонии пищевода;
3. ахалазии кардии;
4. укорочения пищевода.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

072. Дисфагия может наблюдаться при:

1. грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
2. ахалазии кардии;
3. склеродермии;
4. раке пищевода.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

073. Основными методами диагностики ахалазии кардии являются:

1. рентгенологический метод;
2. эзофагоскопия;
3. эзофаготономография;
4. фармакологические пробы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

074. При ахалазии кардии показано:

1. щадящая диета;
2. приподнятый конец кровати;
3. холиномиметические средства;
4. спазмолитические средства.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

075. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Appetit сохранен, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Наиболее вероятной причиной дисфагии является:

- А) идиопатическая гиперкинезия пищевода;
 Б) рак пищевода;
 В) пептическая язва пищевода;
 Г) аксиальная (скользящая) грыжа пищевода и диафрагмы;
 Д) герпетическое поражение пищевода.

Ответ: (А)

076. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Appetit сохранен, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Для исключения другой патологии и подтверждения диагноза следует назначить:

1. общий анализ крови;
2. рентгеноскопию пищевода и желудка;
3. эзофагогастроуденоскопию;
4. компьютерную томографию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

077. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Appetit сохранен, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Основными условиями рентгенологического исследования в этом случае являются:

1. исследование пищевода в положении стоя;
2. исследование пищевода в положении лежа;
3. исследование с густой бариевой взвесью;
4. исследование с жидкой бариевой взвесью.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

078. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Appetit сохранен, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Больной следует рекомендовать:

- А) жидкое питание;
Б) лечение невроза;
В) вяжущие и обволакивающие средства;
Г) физиотерапию;
Д) витаминотерапию.

Ответ: (Б)

079. К ВОП обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением легких. В данном случае можно предположить:

- А) варикозное расширение вен пищевода;
Б) свищ;
В) дивертикул пищевода;
Г) стеноз пищевода;
Д) ахалазию пищевода.

Ответ: (В)

080. К ВОП обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением легких. Для подтверждения диагноза в условиях поликлиники в первую очередь необходимо провести:

- А) рентгеноскопию пищевода;
Б) электрокардиографию;
В) анализ крови на гемоглобин;
Г) гастроскопию;
Д) рентгеноскопию органов грудной клетки.

Ответ: (А)

081. Больная 33 лет, обратилась к ВОП с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером поела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затрудненное глотание, температура тела повысилась до 37,3°C, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки – расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимся паравертебрально. Предположительный диагноз:

- А) опухоль средостения;
Б) шейный лимфаденит;
В) флегмона шеи;
Г) перфорация пищевода;
Д) медиастинальная эмфизема.

Ответ: (Г)

082. Больная 33 лет, обратилась к ВОП с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером поела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затрудненное глотание, температура тела повысилась до 37,3°C, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки – расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимся паравертебрально. Тактика врача:

- А) немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение;
Б) пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо;
В) провести эзофагоскопию;
Г) назначить антибиотики, выдать больничный лист с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня;
Д) вызвать на консультацию отоларинголога.

Ответ: (А)

083. Из заболеваний, которые могут стать причиной эзофагогастроуденального кровотечения, кровавая рвота наименее характерна для:

- А) язвы желудка;
Б) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;

- В) варикозного расширения вен;
 Г) язвы двенадцатиперстной кишки;
 Д) дивертикула пищевода.
- Ответ: (Д)
084. Симптомами продолжающегося эзофагогастроуденального кровотечения являются:
- рвота “кофейной гущей” или свежей кровью;
 - ухудшение общего состояния больного;
 - ухудшение показателей гемодинамики;
 - снижение уровня гемоглобина.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)
085. Для постановки диагноза опухоли пищевода необходимы:
- медиастиноскопия;
 - рентгенография пищевода;
 - рентгенография грудной клетки;
 - эзофагоскопия.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)
086. Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены:
- недостаточностью кардии;
 - рефлюксом желудочного содержимого в пищевод;
 - пептическим эзофагитом;
 - спазмом пищевода.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (А)
087. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, относятся:
- А) нарушения проходимости комка пищи;
 Б) растяжение грыжевого мешка;
 В) рефлюкс в пищевод;
 Г) спазм пищевода;
 Д) ничего из перечисленного.
- Ответ: (В)
088. Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища; они не купируются полностью алмагелем. Отмечаются также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью – рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Все перечисленное позволяет заподозрить:
- А) аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;
 Б) рак пищевода;
 В) бронхиальную астму;
 Г) хронический гастрит;
 Д) ахалазию кардии.

Ответ: (А)

089. Для снятия болей при грыже пищеводного отверстия диафрагмы наиболее эффективен:

- А) атропин;
- Б) платифиллин;
- В) но-шпа;
- Г) перукал;
- Д) седуксен.

Ответ: (Г)

090. При бессимптомном течении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы следует:

- 1. назначить щадящую диету;
- 2. исключить подъем тяжестей;
- 3. назначить частое дробно питание;
- 4. назначить антацидные препараты.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

091. Показаниями к оперативному лечению при грыже пищеводного отверстия диафрагмы являются:

- 1. повторные кровотечения
- 2. пептическая язва пищевода
- 3. стриктура пищевода

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

092. Профилактика осложнений при грыже пищеводного отверстия диафрагмы включает:

- 1. режим питания
- 2. режим труда
- 3. борьбу с запорами
- 4. сон с приподнятым изголовьем

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

093. Для дифференциальной диагностики болей сердца и пищевода применяется:

- 1. эзофагоскопия
- 2. кимоззофагография
- 3. электрокардиография
- 4. прием антацидов

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

094. При псевдокоронарном (эзофагальном) синдроме боль купирует:

- А) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное);
- Б) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное);

- В) транквилизаторы;
 Г) холинолитики;
 Д) спазмолитики.

Ответ: (Б)

095. У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания: исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе. Предполагаемый диагноз:

- А) развитие рака пищевода;
 Б) развитие рака желудка;
 В) ущемление грыжи;
 Г) развитие рака печени;

Д) развитие ценкеровского дивертикула.

Ответ: (А)

096. У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания: исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе. Для подтверждения диагноза у данного больного необходимо в первую очередь провести:

1. анализа кала на скрытую кровь;
 2. рентгеноскопии и рентгенографии пищевода;
 3. эзофагогастроскопии;
 4. цитологического исследования эксофолиативного материала.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

097. Появление дисфагии при употреблении плотной пищи при аксиальной (скользящей) грыже пищеводного отверстия диафрагмы может указывать на развитие:

1. дивертикул пищевода;
 2. пептической язвы пищевода;
 3. эзофагоспазма;
 4. рака пищевода.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

098. Структура пищевода обычно обусловлена:

- А) пептической язвой пищевода;
 Б) хронической пневмонией;
 В) язвенной болезнью;
 Г) катаральным рефлюкс-эзофагитом;
 Д) ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Ответ: (А)

099. Пептический эзофагит (рефлюкс-эзофагит) возникает вследствие заброса в пищевод:

1. желудочного сока;
 2. кишечного содержимого;
 3. желчи;
 4. трипсина.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

100. Патологические механизмы рефлюкс-эзофagита включают:

1. рефлюкс желудочного содержимого в пищевод;
2. воспаление дистальной части пищевода;
3. недостаточность кардии (ахалазия);
4. спазм пищевода.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

101. Для кардиалгической формы рефлюкс-эзофagита характерно:

1. боли за грудиной;
2. страх смерти;
3. связь боли с положением тела;
4. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

102. Наиболее частыми осложнениями эрозивного рефлюкс-эзофagита являются:

1. рак пищевода;
2. изъязвления;
3. стриктура пищевода;
4. микрокровоотечения.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

103. Для дифференциальной диагностики кардиалгической формы рефлюкс-эзофagита и стенокардии в первую очередь применяется:

1. нитроглицерин;
2. пищевая сода;
3. электрокардиография;
4. эзофагоскопия.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

104. При рефлюкс-эзофagите рекомендуется:

1. вяжущие и обволакивающие средства;
2. церукал (реглан);
3. подъем головного конца кровати;
4. частое дробное питание.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

105. Главные клетки слизистой оболочки желудка вырабатывают:

1. пепсиноген;
 2. соляную кислоту;
 3. химозин;
 4. секретин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

106. Parietalные клетки слизистой оболочки желудка секретируют:

- А) соляную кислоту;
 Б) молочную кислоту;
 В) гастромукопротеид;
 Г) муцин;
 Д) пепсиноген.

Ответ: (А)

107. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют:

- А) муцин;
 Б) бикарбонаты;
 В) гастрин;
 Г) секретин;
 Д) внутренний фактор Касла.

Ответ: (А)

108. Эндокринные клетки, входящие в состав эпителиальной выстилки фундальных желез желудка, вырабатывают:

1. серотонин;
 2. гистамин;
 3. глюкагон;
 4. соматостатин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

109. Эндокринные клетки пилорических желез желудка секретируют:

1. секретин;
 2. кейлоны;
 3. гастрин;
 4. бомбезин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

110. Гастрин секретирруется:

1. антральным отделом желудка;

2. фундальным отделом желудка;
 3. слизистой оболочкой двенадцатиперстно кишки;
 4. бруннеровыми железами;
 5. поджелудочной железой.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

111. Кислотность желудочного сока снижают:

1. соматостатин;
 2. секретин;
 3. глюкагон;
 4. инсулин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

112. Выделяют следующие типы желудочной секреции:

1. возбудимый;
 2. астенический;
 3. инертный;
 4. тормозной.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

113. Общие принципы лечения функциональных расстройств желудка включают:

1. дробное питание;
 2. психотерапию;
 3. физиотерапию;
 4. рефлексотерапию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

114. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся:

1. анализ желудочного сока;
 2. гастроскопия;
 3. рентгеноскопия желудка;
 4. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

115. Хронический гастрит необходимо дифференцировать с:

1. язвенной болезнью желудка;
2. раком желудка;
3. хроническим панкреатитом;
4. хроническим холециститом.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

116. К предраковым заболеваниям относятся:

1. хронический атрофический гастрит с секреторной недостаточностью;
2. полип желудка на широком основании;
3. полипоз желудка;
4. аутоимунный гастрит.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

117. Медикаментозное лечение хронического атрофического гастрита включает:

1. вяжущие и обволакивающие средства;
2. метилурацил;
3. витамины;
4. заместительную терапию.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

118. Для улучшения трофических процессов при хроническом атрофическом гастрите назначают:

1. витамины;
2. анаболические стероидные гормоны;
3. рибоксин;
4. ферментные препараты.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

119. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах рекомендуется назначить:

1. де-нол;
2. метронидазол;
3. ампициллин;
4. ранитидин.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 3; 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4; 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (А)
120. Физиотерапия в лечении гастритов противопоказана при:
1. аутоимунном гастрите;
 2. полипозе желудка;
 3. геморрагическом гастрите;
 4. эозинофильном гастрите.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)
121. Профилактика гастритов основана на:
1. правильном режиме и характере питания;
 2. устранении профессиональных вредностей;
 3. отказе от алкоголя;
 4. лечении заболеваний, приводящих к хроническому гастриту.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)
122. Этиологическими факторами язвенной болезни являются:
1. алкоголь;
 2. никотин;
 3. нарушение питания;
 4. эмоциональные стрессы.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)
123. Из местных механизмов ульцерогенеза основная роль отводится:
1. моторно-эвакуаторным нарушениям;
 2. кислотно-пептическому фактору;
 3. состоянию защитного слизистого барьера;
 4. обратной диффузии ионов водорода.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)
124. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке относятся:
1. кислотно-пептический фактор;
 2. ускоренная эвакуация;
 3. “кислые” стазы в двенадцатиперстной кишке;
 4. хеликобактер пилори.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

125. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в антральном отделе желудка относятся:

- | | | |
|----|--|----------|
| 1. | дуоденогастральный | рефлюкс, |
| 2. | хеликобактер | пилори; |
| 3. | антральный | гастрит; |
| 4. | высокая кислотообразующая функция желудка. | |

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

126. Инфекция хеликобактер пилори способствует развитию:

- | | | | | |
|----|-----------------------|-------------------|--------------------|----------|
| 1. | язвы | пилороантрального | отдела | желудка; |
| 2. | язвы | кардиального | отдела | желудка; |
| 3. | язвы | луковицы | двенадцатиперстной | кишки; |
| 4. | эрозивного дуоденита. | | | |

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

127. Механизм болей при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки обусловлен:

- | | | | | |
|----|------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------|
| 1. | кислотно-пептическим | фактором; | | |
| 2. | спазмом | пилородуоденальной | зоны; | |
| 3. | повышением | давления | в желудке и двенадцатиперстной | кишке; |
| 4. | периульцерозным воспалением. | | | |

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

128. Запоры при язвенной болезни возникают вследствие воздействия:

- | | | | | |
|----|--------------------------|---------|-------------|---------|
| 1. | постельного | щадящей | диеты; | |
| 2. | повышения | тонуса | блуждающего | режима; |
| 3. | нерва; | | | |
| 4. | медикаментозной терапии. | | | |

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

129. Для язвенной болезни редко рецидивирующего течения обострения наступают:

- А) 1-2 раза в 2-3 года;
 Б) 2 раза в год;
 В) 3 раза в год;
 Г) 1 раз в 5 лет;
 Д) не наступает вообще.

Ответ: (Г)

130. Для язвенной болезни непрерывно рецидивирующего течения обострения возникают:

1. 1 раз в год;
 2. 4 и более раз в год;
 3. 2 раза в год;
 4. периодов ремиссии не существует.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

131. Для язвенной болезни характерно:

1. "голодные" боли в эпигастральной области;
 2. ночные боли;
 3. изжога;
 4. хронический гастродуоденит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

132. Для постбульбарной язвы характерно:

1. боли через 3-4 часа после еды;
 2. боли с иррадиацией в левое подреберье;
 3. "пульсирующие"
 4. кровотечения.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

133. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

- А) рвота желчью;
 Б) урчание в животе;
 В) резонанс под пространством Траубе;
 Г) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи;
 Д) видимая перистальтика.

Ответ: (Г)

134. Подтвердить пенетрацию язвы может:

1. уменьшение ответной реакции на антациды;
 2. появление болей в спине;
 3. усиление болей;
 4. изменение характерного ритма язвенных болей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
 Ответ: (Д)
135. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается:
- А) активность амилазы;
- Б) активность липазы;
- В) уровень глюкозы;
- Г) активность щелочной фосфатазы;
- Д) активность трансаминаз.
 Ответ: (А)
136. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастриальной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни:
- А) стенозе выходного отдела желудка;
- Б) малигнизации язвы;
- В) пенетрации язвы;
- Г) микрокровоотечения из язвы;
- Д) перфорации язвы.
 Ответ: (Б)
137. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем осложнении:
- А) органическом стенозе пилородуоденальной зоны;
- Б) функциональном стенозе;
- В) малигнизации язвы;
- Г) пенетрации язвы;
- Д) перфорации язвы.
 Ответ: (А)
138. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:
- А) локализация язвы;
- Б) величина язвы;
- В) отсутствие хронического рецидивирующего течения;
- Г) частая перфорация; кровотечение;
- Д) частая перфорация.
 Ответ: (В)
139. При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет к:
- А) снижению кислотности желудочного содержимого;
- Б) повышению кислотности желудочного содержимого;
- В) повышению уровня пепсина в желудочном содержимом;
- Г) снижению уровня пепсина в желудочном содержимом;
- Д) снижению уровня секретина.
 Ответ: (А)
140. Продукцию соляной кислоты снижает:
1. циметидин;
2. гастроцепин;
3. ранитидин;
4. атропин.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
 Ответ: (Д)
141. Из противоязвенных средств в лечении пилородуоденальных язв могут использоваться:
1. гастроцепин;

2.
3.
4. венгер.
- ранитидин;
циметидин;

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

142. Противопоказаниями к назначению антихолинергических средств могут быть:

1. запоры;
2. замедление опорожнения желудка;
3. гипокINETическая дискинезия желчного пузыря;
4. атропинорезистентная гиперхлоридгидрия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

143. Терапия гелем алюминия нередко вызывает:

1. гиперкальциемию;
2. гипокальциемию;
3. гиперфосфатемию;
4. гипофосфатемию.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

144. Цитопротективным действием в отношении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки обладают:

1. де-нол;
2. солкосерил;
3. сукральфат;
4. витамины группы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

145. Из немедикаментозных методов лечения язвенной болезни используют:

1. рефлексотерапию;
2. магнитотерапию;
3. гипербарическую оксигенацию;
4. лазеротерапию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

146. После проведенного адекватного курса противоязвенной терапии язва желудка зарубцевалась. Дальнейшие действия по ведению больного включают:

- А) продолжение поддерживающей терапии в течение трех месяцев с назначением в последующем курсов противорецидивной терапии осенью и весной;
- Б) продолжение поддерживающей терапии в течение шести месяцев;
- В) продолжение поддерживающей терапии в течение всего года;
- Г) прекращение лечения;
- Д) направление больного на санаторно-курортное лечение.

Ответ: (Д)

147. 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:

- А) продолжение прежнего лечения;
- Б) внесение коррекции в лечение;
- В) проведение эндоскопии; с прицельной биопсией и гистологическим исследованием;
- Г) постановка вопроса о хирургическом лечении;
- Д) перерыв в лечении.

Ответ: (В)

148. К симптоматическим гастродуоденальным язвам относятся:

- 1. стрессовые;
- 2. эндокринные;
- 3. медикаментозные;
- 4. язвы при патологических состояниях других внутренних органов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

149. Медикаментозные язвы вызываются следующими лекарственными препаратами:

- 1. кортикостероидами;
- 2. ацетилсалициловой кислотой;
- 3. индометацином;
- 4. резерпином.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

150. К функциональным постгастрорезекционным расстройствам относятся:

- 1. демпинг-синдром;
- 2. гипогликемический синдром;
- 3. постгастрорезекционная дистрофия;
- 4. функциональный синдром приводящей петли.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

151. К органическим постгастрорезекционным расстройствам относятся:

- 1. синдром приводящей петли;
- 2. деформация и сужение анастомоза;

3. острый (хронический) холецистопанкреатит;
4. пептическая язва культи желудка или анастомоза.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

152. Патогенез демпинг-синдрома обусловлен:

1. ускоренной эвакуацией пищи из культи желудка в тонкую кишку;
2. повышением осмотического давления в тонкой кишке;
3. раздражением рецепторов слизистой оболочки тонкой кишки;
4. активацией симпатикоадреналовой системы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

153. Для демпинг-синдрома, протекающего по симпатикоадреналовому типу, характерно:

1. слабость после приема пищи;
2. головные боли, головокружение;
3. повышение артериального давления;
4. брадикардия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

154. Для демпинг-синдрома, протекающего по ваготоническому типу, характерно:

1. сонливость и слабость после еды;
2. диспептический синдром;
3. понижение артериального давления;
4. тахикардия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

155. Демпинг-синдром чаще развивается после употребления:

1. молочных блюд;
2. жидких каш;
3. сладких блюд;
4. вино-водочных изделий.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

156. Основными методами диагностики демпинг-синдрома являются:

1. рентгеноскопия;
2. гастроскопия;
3. определение уровня серотонина в крови;
4. УЗИ печени.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

157. При демпинг-синдроме назначают:

- А) антихолинергические средства;
Б) диету с высоким содержанием уг углеводов;
В) диету с большим количеством жидкости;
Г) диету с высоким содержанием жиров;
Д) антациды.

Ответ: (А)

158. В момент проявления демпинг-синдрома необходимо:

1. уложить больного;
2. назначить новокаин, анестезин;
3. назначить холинолитики;
4. назначить гастропепин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

159. При демпинг-синдроме, протекающем по симпатикоадреналовому типу, можно назначать:

1. симпатолитические средства;
2. холинолитические средства;
3. транквилизаторы;
4. местно анестезирующие средства.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

160. При демпинг-синдроме, протекающем по ваготоническому типу, целесообразно назначить:

1. беллоид;
2. супрастин;
3. холинолитики;
4. резерпин, исмелин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

161. Для гипогликемического синдрома характерно:

1. сонливость через 2-3 часа после еды;
2. чувство голода;
3. сердцебиение, головокружение;

4. схваткообразные боли в эпигастрии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

162. Основными клиническими проявлениями постгастрорезекционной дистрофии являются:

1. диарея;
2. резкое похудание;
3. гиповитаминоз;
4. анемия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

163. Лечение постгастрорезекционной дистрофии включает:

1. диетотерапию;
2. заместительную парентеральную терапию (ферментами);
3. парентеральное питание;
4. витаминотерапию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

164. При лечении больных с пептической язвой анастомоза назначают:

1. щадящую диету;
2. алмагель;
3. гастропепин;
4. репаратанты.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

165. Для клинической картины дуоденостаза характерно:

1. постоянные боли в пилородуоденальной зоне;
2. рвота;
3. тошнота;
4. иррадиация боли в правое и левое подреберья.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

166. Основными методами диагностики дуоденостаза являются:

1. рентгеноскопия;

2.
3. баллонный метод исследования гастроскопия; моторики;
4. компьютерная томография.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

167. В этиологии хронического гепатита важное место занимают:

1. инфекционные факторы;
2. токсические факторы (в том числе алкоголизм);
3. токсикоаллергические факторы;
4. недостаточность кровообращения.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

168. Причиной жировой дистрофии печени может быть:

1. беременность;
2. сахарный диабет;
3. лечение кортикостероидами;
4. голодание.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

169. Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови:

- А) гамма-глобулинов;
Б) холестерина;
В) активности щелочной фосфатазы;
Г) билирубина;
Д) альбумина.

Ответ: (А)

170. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является:

- А) увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина;
Б) билирубинурия;
В) увеличение активности трансаминаз;
Г) ретикулоцитоз;
Д) гипоальбуминемия.

Ответ: (А)

171. Для гемолитической характерно:

1. увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина;
2. нормальная активность сывороточной щелочной фосфатазы;
3. нормальная активность сывороточных трансаминаз и гаммаглутамилтранспептидазы;
4. ретикулоцитоз.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

172. Уровень конъюгированного (связанного) билирубина в крови возрастает при:

1. синдроме Ротора;
2. синдроме Дабина-Джонсона;
3. хроническом активном гепатите;
4. первичном билиарном циррозе печени.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

173. При гемолитической желтухе имеет место:

1. ретикулоцитоз;
2. повышение неконъюгированного (несвязанного) билирубина;
3. спленомегалия;
4. гиперплазия костного мозга.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

174. Высокий уровень активности трансаминаз в сыворотке крови указывает на:

- А) микронодулярный цирроз;
- Б) холестаз;
- В) вирусный гепатит;
- Г) первичный билиарный цирроз;
- Д) аминазиновую желтуху.

Ответ: (В)

175. Клиническими проявлениями билиарного синдрома при хронических болезнях печени являются:

1. желтуха;
2. кожный зуд;
3. ксантелазмы;
4. высокий уровень активности щелочной фосфатазы сыворотки крови.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

176. Морфологический субстрат хронического активного гепатита в отличие от персистирующего и холестатического гепатита составляют:

- А) ступенчатые некрозы;
- Б) отложения меди;
- В) жировая дистрофия;
- Г) отложения железа;
- Д) нарушение архитектоники печеночных долек.

Ответ: (А)

177. К субъективным проявлениям хронического персистирующего гепатита относятся:

- А) астения;
- Б) запоры;
- В) геморрагии;
- Г) лихорадка;

Д) поносы.

Ответ: (Д)

178. Гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови характерны для:

- А) хронического гепатита вирусной этиологии;
Б) гемохроматоза;
В) цирроза печени;
Г) гиперфункции надпочечников;
Д) болезни Вильсона-Коновалова.

Ответ: (Б)

179. Для синдрома гиперспленизма, возникшего при хроническом активном гепатите, характерно:

1. гранулоцитопения
2. тромбоцитопения;
3. геморрагический синдром;
4. анемия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

180. Сочетание цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов характерно для:

- А) острого вирусного гепатита А;
Б) острого вирусного гепатита В;
В) хронического активного гепатита;
Г) хронического персистирующего гепатита;
Д) гемохроматоза.

Ответ: (В)

181. При хроническом активном гепатите с синдромом гиперспленизма прогностически опасными являются:

- А) снижение содержания эритроцитов;
Б) снижение содержания тромбоцитов до $30-50 \times 10^9/\text{л}$;
В) отсутствие эффекта при суточной дозе преднизолона $15-20 \text{ мг}$;
Г) лейкопения;
Д) лимфопения.

Ответ: (Б)

182. Для лечения активного хронического гепатита предпочтительно применить:

- А) делагил;
Б) кортикостероиды;
В) легален;
Г) реоферон;
Д) эссенциале.

Ответ: (Г)

183. Из хронических заболеваний печени классическим показанием для иммунодепрессивной терапии является:

- А) вторичный билиарный цирроз;
Б) хронический активный гепатит;
В) хронический аутоиммунный гепатит;
Г) новообразования печени;
Д) жировой гепатоз.

Ответ: (В)

184. Главным местом метаболизма алкоголя в организме является:

- А) жировая ткань;
Б) почки;
В) печень;
Г) головной мозг;
Д) желудочно-кишечный тракт.

Ответ: (B)

185. При избыточном употреблении алкоголя возможными механизмами жировой дистрофии печени являются:

1. повышенная мобилизация жирных кислот из жировой ткани;
2. увеличение синтеза жирных кислот в печени;
3. уменьшение выделения жиров печенью;
4. некроз гепатоцитов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (A)

186. Хроническая алкогольная интоксикация приводит к:

1. жировой дистрофии;
2. хроническому персистирующему и активному гепатиту;
3. циррозу печени;
4. холангиту.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (A)

187. Больному с хроническим алкогольным гепатитом при латентном течении показана диета с:

- А) общий полноценный рацион;
Б) преобладанием углеводов;
В) преобладанием белков;
Г) преобладанием жиров;
Д) преобладанием железа.

Ответ: (A)

188. При хроническом алкогольном гепатите адекватным лечением является назначение:

- А) преднизолон;
Б) азатиоприна;
В) эссенциале;
Г) фестала;
Д) холензима.

Ответ: (B)

189. Переход хронического активного гепатита в цирроз печени характеризует:

1. гипоальбуминемия;
2. спленомегалия;
3. желтуха;
4. варикозное расширение вен пищевода.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (B)

190. Для цирроза печени не характерны морфологические изменения:

- А) некроз;
Б) фиброз;
В) жировая дистрофия;
Г) регенерация;
Д) перестройка архитектоники печени.

Ответ: (В)

191. При циррозе печени можно обнаружить:

- А) снижение зрения;
- Б) увеличение околоушных желез;
- В) ригидность ушных раковин;
- Г) высокое небо;
- Д) контрактуры Дюпоитрена.

Ответ: (Д)

192. Наиболее редким физикальным признаком цирроза печени является:

- А) пальпируемая печень;
- Б) асцит;
- В) желтуха;
- Г) пальпируемая селезенка;
- Д) сосудистые звездочки.

Ответ: (В)

193. Характерной чертой первичного билиарного цирроза печени является:

- А) злокачественное клиническое течение;
- Б) выраженная гепатомегалия;
- В) желтуха немеханической природы;
- Г) повышение сывороточных липидов;
- Д) повышение активности аминотрансфераз.

Ответ: (В)

194. При диагностике первичного билиарного цирроза необходимо исключить:

1. вирусный цирроз печени с холестазом;
2. хронический склерозирующий холангит и перихолангит;
3. механическую желтуху;
4. болезнь Жильбера.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

195. Первичному билиарному циррозу соответствует симптомокомплекс:

- А) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;
- Б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;
- В) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гиперглобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре;
- Г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;
- Д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз.

Ответ: (А)

196. Вирусному гепатиту соответствует симптомокомплекс:

- А) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;
- Б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;
- В) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гиперглобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре;
- Г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;
- Д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз.

Ответ: (Б)

197. Острому холециститу соответствует симптомокомплекс:

- А) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и

- уровень холестерина;
- Б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;
- В) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гиперглобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре;
- Г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;
- Д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз.

Ответ: (Д)

198. Хроническому активному гепатиту соответствует симптомокомплекс:

- А) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;
- Б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;
- В) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гиперглобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре;
- Г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;
- Д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз.

Ответ: (В)

199. Острой дистрофии печени соответствует симптомокомплекс:

- А) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;
- Б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;
- В) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гиперглобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре;
- Г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;
- Д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз.

Ответ: (Г)

200. При первичном билиарном циррозе рекомендуется:

1. Д-пеницилламин;
2. кортикостероиды;
3. холестирамин;
4. фестал.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

201. В развитии асцита при циррозе печени имеет патогенетическое значение:

1. портальная гипертензия;
2. гипоальбуминемия;
3. увеличение продукции печеночной лимфы;
4. увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

202. Для асцита характерно наличие следующих симптомов:

1. одышки при физической нагрузке;
2. снижения суточного диуреза;

3. увеличения веса;

4. диарея.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

203. Упорный, не поддающийся воздействию диуретиков асцит встречается при:

1. болезни Бадда-Киари;
2. хроническом тромбозе воротной вены;
3. констриктивном перикардит;
4. гепатоме.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

204. У больных с асцитом парацентез применяется для:

1. диагностических целей
2. компенсации дыхательных расстройств
3. быстрого устранения асцита
4. уменьшения портальной гипертензии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

205. Противопоказаниями к проведению диагностического парацентеза у больного циррозом печени и асцитом являются:

1. лихорадка;
2. нарастание симптомов печеночной энцефалопатии;
3. синдром цирроза гиперспленизма;
4. постинфарктный кардиосклероз.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

206. При лечении асцита у больного циррозом печени диуретиками не является осложнением:

1. гиповолемия;
2. гипокалиемия;
3. гиперкалиемия;
4. азотемия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

207. Рациональными мероприятиями при лечении асцита при циррозе печени являются:

1. соблюдение диеты с ограничением поваренной соли до 5 г;
2. ограничение суточного потребления жидкости до 1 литра, если содержание натрия в сыворотке больше 130 ммоль/л;
3. увеличение суточного диуреза;
4. применение внутрь от 100 до 400 мг верошпирона с учетом суточного диуреза.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

208. При отечно-асцитическом синдроме, связанном с циррозом печени, рациональная терапия диуретиками контролируется:

1. взвешиванием больного;
2. измерением суточного диуреза;
3. определением натрия и калия в сыворотке крови;
4. по количеству выпитой жидкости.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

209. Наиболее часто причиной застойного цирроза является:

1. аортальная недостаточность;
2. митральный стеноз;
3. стеноз легочного ствола;
4. констриктивный перикардит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

210. При венозном застое, обусловленном сердечной недостаточностью, в печени чаще всего наблюдается:

1. перипортальное воспаление;
2. ступенчатые некрозы;
3. фокальные некрозы;
4. центролобулярные некрозы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

211. Наиболее редким осложнением застойного цирроза печени является:

- А) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода;
- Б) печеночная кома;
- В) желтуха;
- Г) асцит;
- Д) отеки.

Ответ: (А)

212. Печеночная кома развивается в результате:

- А) массивного некроза клеток печени;
- Б) обширного фиброза;
- В) нарушения микроциркуляции в печени с тромбообразованием;
- Г) сопутствующей почечной недостаточности;
- Д) халангита.

Ответ: (А)

213. Печеночная кома бывает осложнением:

- 1. острого гепатита;
- 2. цирроза печени;
- 3. токсического гепатита;
- 4. лекарственного гепатита.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

214. Большое количество аммония превращается печенью в:

- А) глютамин;
- Б) а-кетоглутарат;
- В) ангиназу;
- Г) мочевины;
- Д) меркаптан.

Ответ: (Г)

215. Печеночный запах связан с обменом:

- А) холина;
- Б) билирубина;
- В) метионина;
- Г) глютамина;
- Д) а-кетоглутаровой кислоты.

Ответ: (В)

216. При тяжелых заболеваниях печени развитию печеночной энцефалопатии предшествует:

- 1. лихорадка;
- 2. желудочнокишечные кровотечения;
- 3. белковая нагрузка на организм;
- 4. гиподинамия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

217. Для лечения хронической печеночной энцефалопатии рекомендуется:

- 1. лактулоза;
- 2. орнитетил;
- 3. неомицин, канамицин и другие антибиотики;
- 4. диета с низким содержанием белка.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

218. Лечение эндогенной печеночной комы в качестве базисной терапии включает введение:

1. глюкозы;
2. антибиотиков;
3. гемодеза;
4. витаминов С и группы В.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

219. В лечении печеночной комы наиболее эффективна оксигенотерапия, применяемая в виде:

1. ингаляций кислорода;
2. кислородных коктейлей;
3. постоянной перфузии артериализованной крови через печень;
4. гипербарической оксигенации.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

220. Классификация дискинезий желчного пузыря и желчевыводящих путей включает:

1. гипокINETическую форму;
2. гиперкинетическую форму;
3. смешанную форму;
4. нормокINETическую форму.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

221. Гиперкинетическая форма дискинезий желчного пузыря характеризуется:

1. коликообразными или схваткообразными болями;
2. болью, появляющейся через 1-2 часа после еды, обычно иррадиирующей в правую лопатку, ключицу, нередко в поясницу и подложечную область;
3. сокращением желчного пузыря и ускоренным его опорожнением, выявленными при рентгенологическом исследовании;
4. частым сочетанием с хроническим панкреатитом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

222. ГипокINETическая форма дискинезий желчного пузыря характеризуется:

1. ноющими болями в правом подреберье;
2. удлинением, расширением, замедленным опорожнением желчного пузыря, выявленных при рентгенологическом исследовании;
3. частым сочетанием с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гастродуоденитом;
4. частым сочетанием с хроническим гепатитом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

223. Диагноз дискинезий желчного пузыря основывается на:

1. клинических данных;
2. данных пятифазного дуоденального зондирования;
3. рентгенологических данных;
4. результатах компьютерной томографии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

224. В лечении гиперкинетической формы дискинезий желчного пузыря используют:

- А) Н2-блокаторы гистамина;
 Б) сукралфат и его аналоги;
 В) спазмолитические средства;
 Г) беззондовые тюбажи;
 Д) хирургическое лечение.

Ответ: (В)

225. В лечении гипокинетической формы дискинезий желчного пузыря используют:

- А) холекинетики;
 Б) спазмолитики;
 В) хирургическое лечение;
 Г) антациды;
 Д) ферменты.

Ответ: (А)

226. Этиологическими факторами развития холецистита являются:

1. количественные и качественные отклонения в режиме питания;
2. моторно-секреторные нарушения в системе желчного пузыря и желчных путей;
3. инфекция;
4. курение.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

227. К основным патогенетическим звеньям развития ферментативного холецистита относятся:

1. панкреатопузырный рефлюкс;
2. стаз желчи;
3. изменение соотношения давления в панкреатическом и общем желчном протоке;
4. дуоденогастральный рефлюкс.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

228. Болевой синдром при холециститах вызывается:

1. спазмом мускулатуры желчного пузыря;
2. растяжением стенки желчного пузыря или протоков;

3. повышением давления в желчевыводящей системе;
4. инфекцией.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

229. К “пузырным” симптомам относятся:

1. симптом Поргеса;
2. симптом Мейо-Робсона;
3. симптом Ортнера;
4. симптом Образцова.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

230. Хронический холецистит может осложняться:

1. холангитом;
2. холелитиазом;
3. водянкой желчного пузыря;
4. перитонитом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

231. К основным принципам лечения холецистита относятся:

1. диетотерапия;
2. фармакотерапия;
3. физиотерапия;
4. санаторно-курортное лечение.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

232. В лечении холецистита используют следующие препараты:

1. но-шпа;
2. эуфиллин;
3. ганглерон;
4. промедол.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

233. К холеретикам относится:

- 1.
 - 2.
 - 3.
 4. олиментин.
- холензим;
аллохол;
оксафенамид;

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

234. К холекинезикам относится:

- 1.
 - 2.
 - 3.
 4. аллохол.
- холагол;
ровахол;
сорбит;

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

235. Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют:

- А)
 Б)
 В)
 Г)
 Д) энтеросептол.
- левомицетин;
фуразолидон;
канамицин;
невиграмон;

Ответ: (Б)

236. В качестве противовоспалительной терапии при холециститах чаще используют:

- А) антибиотики широкого спектра действия;
 Б) препараты фурадонинового ряда;
 В) препараты налидиксовой кислоты;
 Г) сульфаниламидные препараты;
 Д) аминогликозиды.

Ответ: (А)

237. Действие, которое оказывают физиотерапевтические процедуры при холециститах:

- 1.
 2. спазмолитическое;
 3. седативное;
 4. усиление желчеобразования и желчеотделения.
- тепловое;

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

238. Основными этиологическими факторами желчнокаменной болезни являются:

- 1.
 2. нарушение процессов метаболизма в организме;
 3. количественные и качественные отклонения в режиме питания;
 4. наследственная предрасположенность.
- моторно-секреторные нарушения;

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
 Ответ: (Д)
 239. Основными патогенетическими звеньями образования камней в желчевыводящей системе являются:
1. нарушение метаболизма холестерина и билирубина;
 2. изменение рН желчи;
 3. холестаза;
 4. продукция печеночной клеткой литогенной желчи.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
 Ответ: (Д)
 240. Желчные камни чаще всего состоят из:
- А) солей желчных кислот;
- Б) холестерина;
- В) оксалатов;
- Г) мочевои кислот;
- Д) цистина.
- Ответ: (Б)
 241. При желчнокаменной болезни имеет место:
- А) снижение соотношения желчных кислот и холестерина;
- Б) снижение уровня билирубина желчи;
- В) повышение уровня желчных кислот;
- Г) повышение уровня лецитина;
- Д) снижение уровня белков желчи.
 Ответ: (А)
 242. При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести:
1. дуоденальное зондирование;
 2. внутривенную холеграфию;
 3. обзорную рентгенографию органов брюшной полости;
 4. ультразвуковое исследование.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
 Ответ: (В)
 243. Приступ желчной колики сопровождается:
1. острой болью;
 2. рвотой;
 3. лихорадкой;
 4. диареей.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
 Ответ: (А)
 244. Локализация вентильного камня в пузырном протоке сопровождается:
1. кратковременными болями;
 2. переполнением и растяжением желчного пузыря;

3. повторяющейся кратковременной желтухой;
4. постоянной тошнотой.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

245. Растворение камней в желчном пузыре вызывают:

1. хенофальк;
2. холестирамин;
3. урсофальк;
4. олиментин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

246. При лечении желчнокаменной болезни применяют:

- А) холевую кислоту;
Б) хенодезоксихолевую кислоту;
В) литохолевую кислоту;
Г) граурохолевую кислоту;
Д) дегидрохолевую кислоту.

Ответ: (Б)

247. Хенодезоксихолевую кислоту применяют с целью:

- А) растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре;
Б) снижения уровня холестерина в сыворотке крови;
В) улучшения утилизации жиров в кишечнике;
Г) улучшения утилизации углеводов в кишечнике;
Д) повышения тонуса желчного пузыря.

Ответ: (А)

248. Показаниями к литотрипсии являются:

1. одиночные камни;
2. камни диаметром менее 2 см;
3. холестериновые камни;
4. желтуха.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

249. К причинам постхолецистэктомического синдрома относятся:

1. ошибки предоперационной диагностики;
2. технические дефекты операции;
3. наличие осложнений;
4. сопутствующие заболевания.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

250. Для диагностики постхолецистэктомического синдрома наиболее предпочтительно:

А) рентгенологический метод исследования;

Б) Эндоскопическая ретроградная папкреатохолангиография;

В) фракционное дуоденальное зондирование;

Г) радиорентгенохромодиагностика.

Д) радиорентгенохромодиагностика.

Ответ: (Б)

251. В лечении постхолецистэктомического синдрома применяются:

1. но-шпа;

2. левомицетин;

3. тазепам;

4. холагол.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

252. Лечение постхолецистэктомического синдрома направлено на:

1. устранение дискинезии;

2. усиление желчеотделения;

3. подавление инфекции;

4. ликвидацию холестаза.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

253. Наиболее информативным методом диагностики патологии поджелудочной железы является:

1. рентгенологический;

2. ультразвуковой;

3. биохимический;

4. компьютерная томография.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

254. Секрецию панкреатического сока наиболее активно стимулируют:

1. соматостатин;

2. секретин;

3. гастрин;

4. холецистокинин.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

255. Среди клинических форм хронического панкреатита выделяют:

1. болевую форму;

2. хроническую редидивирующую форму;
 3. безболевою форму;
 4. псевдо опухоловую (гиперпластическую) форму.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

256. Характерным клиническим признаком хронического панкреатита является:

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

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

257. Больному хроническим панкреатитом с латентным течением показано:

- А) общий полноценный рацион;
 Б) диета с преобладанием жиров;
 В) диета с преобладанием углеводов;
 Г) умеренная углеводно-белковая диета;
 Д) диета с повышенным содержанием железа.

Ответ: (Г)

258. Для лечения хронического панкреатита в фазе ремиссии применяются:

- А) кортикостероиды;
 Б) контрикал (трасилол);
 В) ферментные препараты;
 Г) диета;
 Д) спазмолитики.

Ответ: (Г)

259. При обострении хронического панкреатита для купирования болевого синдрома в комплексную терапию целесообразно включить:

1. баралгин;
 2. контрикал (трасилол) либо гордокс;
 3. жидкие антациды;
 4. блокаторы H₂-рецепторов

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

260. При хроническом панкреатите в фазе выраженного обострения с синдромом “уклонения ферментов” принципы медикаментозной терапии включают назначение:

1. М-холиноблокатора гастропина;
 2. альмагеля в больших количествах;
 3. антиферментного препарата трасилола или контрикала;
 4. ферментных препаратов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

261. Локализация болей при панкреатите:

1. чаще локализуются в левом подреберье;
 2. чаще локализуются в верхней половине живота;
 3. носят опоясывающий характер, усиливаются в положении на спине;
 4. чаще локализуются в правом подреберье.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

262. Наиболее частыми последствиями хронического панкреатита являются:

- А) экзокринная недостаточность поджелудочной железы;
 Б) перитонит;
 В) псевдокисты;
 Г) асцит;
 Д) опухоль поджелудочной железы.

Ответ: (А)

263. Диета у больных с обострением панкреатита в первые 2 дня:

- А) белковая;
 Б) углеводная;
 В) жировая;
 Г) голод;
 Д) белково-углеводная.

Ответ: (Г)

264. Больной 65 лет длительно страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. В течение последних 6-8 месяцев изменился характер болей, ухудшился аппетит, периодически стали беспокоить рвота, появилась желтуха, обесцвеченный кал, стала нарастать общая слабость, снизилась трудоспособность.

В стационаре отмечались выраженная желтушность кожных покровов, бледность видимых слизистых оболочек, значительное снижение веса. Печень и селезенка не увеличены. Температура нормальная. Гемоглобин — 96 г/л, лейкоциты — $9,5 \times 10^9$ /л, СОЭ — 60 мм/час, билирубин — 34,2 мкмоль/л (прямой — 5,2). Активность амилазы крови и мочи, а также уровень сахара в пределах нормы. Для установления правильного диагноза следует использовать:

1. дуоденальное зондирование;
 2. ультразвуковое исследование;
 3. холецистографию;
 4. рентгенологическое исследование.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

265. Больной 65 лет длительно страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. В течение последних 6-8 месяцев изменился характер болей, ухудшился аппетит, периодически стали беспокоить рвота, появилась желтуха, обесцвеченный кал, стала нарастать общая слабость, снизилась трудоспособность. В стационаре отмечались выраженная желтушность кожных покровов, бледность видимых слизистых оболочек, значительное снижение веса. Печень и селезенка не увеличены. Температура нормальная. Гемоглобин — 96 г/л, лейкоциты — $9,5 \times 10^9$ /л, СОЭ — 60 мм/час, билирубин — 34,2 мкмоль/л (прямой — 5,2). Активность амилазы крови и мочи, а также уровень сахара в пределах нормы. Прежде всего, можно заподозрить:

1. рак поджелудочной железы;

2. псевдоопухолевую форму хронического панкреатита;
 3. рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска);
 4. сопутствующий хронический калькулезный холецистит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

266. Больной 65 лет длительно страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. В течение последних 6-8 месяцев изменился характер болей, ухудшился аппетит, периодически стали беспокоить рвота, появилась желтуха, обесцвеченный кал, стала нарастать общая слабость, снизилась трудоспособность. В стационаре отмечались выраженная желтушность кожных покровов, бледность видимых слизистых оболочек, значительное снижение веса. Печень и селезенка не увеличены. Температура нормальная. Гемоглобин — 96 г/л, лейкоциты — $9,5 \times 10^9$ /л, СОЭ — 60 мм/час, билирубин — 34,2 мкмоль/л (прямой — 5,2). Активность амилазы крови и мочи, а также уровень сахара в пределах нормы. Диагноз позволит подтвердить:

- рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки;
- ультразвуковое исследование;
- гастродуоденоскопия с прицельной биопсией;
- анализ анамнестических данных.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

267. Причинами развития хронического энтероколита являются:

- оперативные вмешательства на органах брюшной полости;
- предшествующие хронические болезни других органов пищеварения;
- ранее перенесенные острые кишечные инфекции;
- алиментарные нарушения и злоупотребление алкогольными напитками.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

268. Для хронического энтероколита в фазе обострения характерно:

- поносы;
- нарушение электролитного состава крови;
- снижение веса;
- асцит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

269. При копрологическом исследовании у больных хроническим энтероколитом встречается:

- креаторея;
- жирных кислот;
- внутриклеточный крахмал;
- внеклеточный крахмал.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

270. К возможным осложнениям хронического энтероколита относятся:

1. анемия гипохромного характера;
2. анемия гиперхромного характера;
3. дисбактериоз;
4. остеопороз.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

271. Характерными симптомами хронического энтероколита при длительном течении являются:

1. поносы;
2. боли в костях;
3. дефицит веса и общая слабость;
4. анемия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

272. Больному хроническим энтероколитом в остром периоде, осложненным дисбактериозом кишечника, в первые дни показано следующее лечение:

1. диета;
2. антибактериальные препараты целенаправленного действия;
3. внутривенное введение солевых и дезинтоксикационных растворов;
4. биологические препараты.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

273. Больному хроническим энтероколитом в фазе ремиссии при наличии дисбактериоза кишечника показано лечение:

1. биологическими препаратами;
2. антиферментными препаратами;
3. препаратами ферментного действия;
4. спазмолитиками.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

274. Нормализации деятельности кишечника при поносах способствуют следующие пищевые продукты:

1. картофель;
2. плоды черемухи;
3. грецкие орехи;
4. черника.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

275. Эффективными препаратами ферментного действия являются:

1. холенизм;
2. паикреатин;
3. мезим форте;
4. фестал.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

276. При копрологическом исследовании при синдроме раздраженной толстой кишки выявляют:

- А) мыльную стеаторею;
- Б) йодофильную флору;
- В) отсутствие элементов воспаления;
- Г) большое количество лейкоцитов;
- Д) мышечные волокна без исчерченности.

Ответ: (В)

277. В терапию синдрома раздраженной толстой кишки следует включить:

- А) льна;
- Б) пшеничные отруби;
- В) сок капусты;
- Г) чернику;
- Д) морковь.

Ответ: (Б)

278. Обострение неспецифического язвенного колита может быть связано с:

1. прекращением поддерживающей терапии сульфасалазином;
2. беременностью;
3. нарушением диеты;
4. интеркуррентной инфекцией.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

279. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются:

1. кишечные кровотечения;
2. боли в животе;
3. поносы;
4. перианальные абсцессы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
 Ответ: (А)
 280. Внекишечными проявлениями неспецифического язвенного колита являются:
1. артрит;
 2. поражение кожи;
 3. поражение печени;
 4. тромбофлебит.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
 Ответ: (Д)
 281. При неспецифическом язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки:
- А) увеличение диаметра кишки;
 - Б) множественные гаустрации;
 - В) картина “бульжной мостовой”;
 - Г) мешковидные выпячивания по контуру кишки;
- Д) изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки.
 Ответ: (Д)
 282. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите являются:
1. гилеремия и отек слизистой оболочки;
 2. контактная кровоточивость;
 3. сужение просвета кишки и ее ригидность;
 4. поверхностные дефекты слизистой оболочки.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
 Ответ: (Д)
 283. В диагностике неспецифического язвенного колита ведущее значение имеет:
1. колоноскопия;
 2. анализ кала на скрытую кровь;
 3. ирригоскопия;
 4. физикальное обследование.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильных ответов 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильных ответы 1, 2, 3 и 4.
 Ответ: (Б)
 284. В профилактике рецидивов неспецифического язвенного колита достоверное значение имеет:
- А) щадящая диета;
 - Б) прием сульфасалазина в дозе 1-2 г в сутки;
 - В) ограничение физической нагрузки;
 - Г) прием седативных средств;
 - Д) прием ферментных препаратов.
- Ответ: (Б)
 285. При обострении неспецифического язвенного колита рекомендуется:
- А) диета с исключением молока;
 - Б) безбелковая диета;

- В) протертая пища; -
 Г) диета с исключением моносахаридов;
 Д) диета с пониженным количеством жира.

Ответ: (А)

286. При неспецифическом язвенном колите средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является:

- А) кортикостероиды;
 Б) фталазол;
 В) левомецетин;
 Г) сульфасалазин;
 Д) ампициллин.

Ответ: (Г)

287. Стероидные гормоны при неспецифическом язвенном колите применяются:

1. для лечения прогрессирующих форм заболевания;
2. для ускорения клинической ремиссии;
3. при угрожающих жизни состояниях;
4. при тяжелых формах с целью подготовки больного к операции.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильных ответов 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильных ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

288. Больной неспецифическим язвенным колитом получает бификол. В связи с повышением температуры больному назначают тетрациклин. Под влиянием антибиотика биологическая активность бификола:

- А) повысится;
 Б) снизится;
 В) не изменится;
 Г) действие препаратов взаимно усилится;
 Д) действие препаратов взаимно ослабится.

Ответ: (Б)

289. Показаниями к оперативному лечению при неспецифическом язвенном колите является:

1. перфорация кишки;
2. неэффективность консервативного лечения;
3. рак на фоне заболевания;
4. тотальное поражения толстой кишки.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

290. В развитии дисбактериоза кишечника имеет значение:

1. недостаточность продукции соляной кислоты;
2. истощение экскреторной функции поджелудочной железы;
3. изменения рН кишечного сока;
4. длительное применение антибиотиков, дефицит белка и витаминов группы В.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

291. При протейном дисбактериозе рационально назначать:

1. производных нитрофурана;

2. протейного бактериофага;
 3. эубиотиков;
 4. ампициллина.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

292. Для нормализации состава кишечной флоры при дисбактериозе используются:

1. эубиотики;
 2. производные нитрофурана;
 3. антибиотики широкого спектра;
 4. бактериофаги.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

293. При кандидамикозе (кандидозе) следует назначить:

1. невидграмон;
 2. левомицетин;
 3. ламизил;
 4. леворин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

294. Препараты нитрофурановой группы оказывают преимущественное действие на следующие микробы:

1. стафилококки;
 2. протей;
 3. синегнойную палочку;
 4. эшерихии (патологические штаммы.).

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

295. Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы:

1. протей;
 2. клебсиеллу;
 3. эшерихии (патологические штаммы);
 4. стрептококки.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

296. При дисбактериозе, вызванном клебсиеллой, следует назначить:

- | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------|
| 1. | | | | | | | | вибрамицин; |
| 2. | | | | | | | | клиндамицин; |
| 3. | | | | | | | | тетрациклин; |
| 4. амикацин. | | | | | | | | |

- | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| А) если правильны ответы 1, 2 и 3; | | | | | | | | |
| Б) если правильны ответы 1 и 3; | | | | | | | | |
| В) если правильны ответы 2 и 4; | | | | | | | | |
| Г) если правильный ответ 4; | | | | | | | | |

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

297. При дисбактериозе, вызванном синегнойной палочкой, лучше назначить:

- | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|
| 1. | | | | | | | | ципрофлоксацин; |
| 2. | | | | | | | | гентамицин; |
| 3. | | | | | | | | эритромицин; |
| 4. карбенициллин. | | | | | | | | |

- | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| А) если правильны ответы 1, 2 и 3; | | | | | | | | |
| Б) если правильны ответы 1 и 3; | | | | | | | | |
| В) если правильны ответы 2 и 4; | | | | | | | | |
| Г) если правильный ответ 4; | | | | | | | | |

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

298. При стафилококковом дисбактериозе наиболее рационально назначить антибиотики из группы:

- | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|
| 1. | | | | | | | | макролидов; |
| 2. | | | | | | | | тетрациклинов; |
| 3. | | | | | | | | цефалоспоринов; |
| 4. аминогликозидов. | | | | | | | | |

- | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| А) если правильны ответы 1, 2 и 3; | | | | | | | | |
| Б) если правильны ответы 1 и 3; | | | | | | | | |
| В) если правильны ответы 2 и 4; | | | | | | | | |
| Г) если правильный ответ 4; | | | | | | | | |

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

299. Нарушению нормального состава микрофлоры кишечника способствуют:

- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------------|
| 1. | | | | | | | | сульфаниламидов; |
| 2. | | | | | | | | эубиотиков; |
| 3. | | | | | | | | антибиотиков; |
| 4. биологических препаратов. | | | | | | | | |

- | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| А) если правильны ответы 1, 2 и 3; | | | | | | | | |
| Б) если правильны ответы 1 и 3; | | | | | | | | |
| В) если правильны ответы 2 и 4; | | | | | | | | |
| Г) если правильный ответ 4; | | | | | | | | |

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

300. Язвенная болезнь желудка чаще возникает в возрасте:

- | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| А) 10-20 лет; | | | | | | | | |
| Б) 20-30 лет; | | | | | | | | |
| В) до 10 лет; | | | | | | | | |
| Г) после 40 лет; | | | | | | | | |

Д) в любом возрасте.

Ответ: (Г)

301. Асцит при циррозе печени является следствием:

1. вторичного гиперальдостеронизма;
 2. гипоальбуминемии;
 3. портальной гипертензии;
 4. сердечной недостаточности.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

302. Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:

- А) язвенной болезни;
 Б) холелитиазе;
 В) постгастрорезекционном синдроме;
 Г) хроническом колите;
 Д) лямблиозе.

Ответ: (Б)

303. Выбрать правильное положение о секретине:

- А) ингибирует сокращение желчного пузыря;
 Б) усиливает сокращение желчного пузыря;
 В) синтезируется главным образом в антральном отделе желудка;
 Г) основным действием является стимуляция секреции панкреатических ферментов;
 Д) основным действием является стимуляция секреции бикарбонатов.

Ответ: (Д)

304. Выбрать правильное положение о холецистокиnine:

- А) ингибирует сокращение желчного пузыря;
 Б) усиливает сокращение желчного пузыря;
 В) синтезируется главным образом в антральном отделе желудка;
 Г) основным действием является стимуляция секреции панкреатических ферментов;
 Д) основным действием является стимуляция секреции бикарбонатов.

Ответ: (Б)

305. Секретия соляной кислоты и пепсина в желудке обеспечивается в основном:

- А) фундальными железами;
 Б) кардиальными железами;
 В) пилорическими железами;
 Г) хеликобактером;
 Д) париетальными клетками.

Ответ: (А)

306. Среднее время нахождения пищи в желудке:

- А) от 3 до 8-10 часов;
 Б) 1-3 часа;
 В) 3-5 часов;
 Г) 6-8 часов;
 Д) 10-12 часов.

Ответ: (Б)

307. Длина тонкой кишки у взрослого человека:

- А) 4-6 м;
 Б) 6-8 м;
 В) 2-4 м;
 Г) 1-3 м;
 Д) 3,5 м.

Ответ: (А)

308. Общий желчный проток и проток поджелудочной железы открывается в:

- А) нисходящей части двенадцатиперстной кишки, в области большого сосочка;
 Б) горизонтальных отделах двенадцатиперстной кишки;
 В) просвет тощей кишки;
 Г) антральном отделе желудка;

Д) просвет поперечно-ободочной кишки.

Ответ: (А)

309. Общий желчный проток образуется при слиянии:

- А) пузырного протока и общего печеночного протока;
- Б) правого и левого печеночных протоков;
- В) протока поджелудочной железы и пузырного протока;
- Г) протока поджелудочной железы и левого печеночного протока;
- Д) протока поджелудочной железы и общего печеночного протока.

Ответ: (А)

310. Центральная вена печеночной доли относится к:

- А) системе нижней полой вены;
- Б) портальной системе;
- В) системе верхней полой вены;
- Г) системе селезеночной вены;
- Д) системе вен малого таза.

Ответ: (А)

311. Общая длина толстой кишки:

- А) 1,5-2 м;
- Б) 0,5-1,5 м;
- В) 2-3 м;
- Г) 3-5 м;
- Д) 6 м.

Ответ: (А)

312. Назовите вирус, который практически не вызывает хронического гепатита:

- А) вирус типа А;
- Б) вирус типа В;
- В) вирус типа С;
- Г) вирус типа D;
- Д) вирус типа G.

Ответ: (А)

313. Решающим в постановке диагноза хронического гепатита является:

- А) данные анамнеза о перенесенном вирусном гепатите;
- Б) данные гистологического исследования печени;
- В) выявление в сыворотке крови австралийского антигена;
- Г) периодический субфебрилитет, иктеричность склер, боли в правом подреберье;
- Д) гипербилирубинемия.

Ответ: (Б)

314. Основным лекарственным препаратом в лечении хронического активного гепатита вирусной этиологии:

- А) сирепар;
- Б) интерферон;
- В) преднизолон;
- Г) делагил;
- Д) энтеродез.

Ответ: (Б)

315. Антимитохондриальные антитела характерны для:

- А) цирроза вирусной этиологии;
- Б) алкогольного цирроза;
- В) первичного билиарного цирроза;
- Г) цирроза, обусловленного болезнью Вильсона-Коновалова;
- Д) цирроза печени при саркоидозе.

Ответ: (В)

316. Непрямая (неконъюгированная) гипербилирубинемия характерна для желтухи:

- А) гемолитической;
- Б) гепатоцеллюлярной (паренхиматозной);
- В) механической (обтурационной);
- Г) только при вирусном гепатите С;

Д) при серповидноклеточной анемии

Ответ: (А)

317. При следующем заболевании желтуха обусловлена генетическими нарушениями конъюгации непрямого билирубина:

А) врожденный микросфероцитоз;

Б)

талассемия;

В) гемоглобинопатия;

Г) синдром Жильбера;

Д) синдром Ротора.

Ответ: (Г)

318. Признак, отличающий болезнь Крона от язвенного колита:

А)

понос;

Б)

боли

в

животе;

В)

кровь

в

кале;

Г)

образование

наружных

и

внутренних

свищей;

Д) лихорадка.

Ответ: (Г)

319. В возникновении язвенной болезни участвует:

А) кишечная палочка;

Б) *Helicobacter pylori*;

В)

вирусы;

Г) риккетсии;

Д) хламидии.

Ответ: (Б)

320. Самый надежный диагностический метод исследования при язвенной болезни:

А)

рентгенологический;

Б)

анализ

кала

на

скрытую

кровь;

В)

исследование

желудочной

секреции;

Г)

физикальные

(пальпация,

перкуссия);

Д) эндоскопический.

Ответ: (Д)

321. В дифференциальной диагностике между язвенной болезнью и раком желудка самым важным является:

А) рентгенологическое исследование;

Б)

исследование

желудочной

секреции

с

гистамином;

В) исследование кала на скрытую кровь;

Г)

эндоскопическое

исследование

с

биопсией;

Д) УЗИ органов брюшной полости.

Ответ: (Г)

322. В толстой кишке всасываются:

А)

белки;

Б)

жиры;

В)

вода;

Г)

углеводы;

Д) ненасыщенные жирные кислоты.

Ответ: (В)

323. Выбрать наиболее правильный ответ. У лиц с врожденной недостаточностью лактазы отмечается плохая переносимость:

А) молока;

Б) яиц;

В) сахарозы;

Г) глюкозы;

Д) галактозы.

Ответ: (А)

324. На функцию желчевыводящих путей влияет:

А) секретин;

Б)

холецистокинин;

В) итерогастрон;

- Г) гастрин;
- Д) соляная кислота.
- Ответ: (Б)
325. Механическая желтуха развивается при обтурации:
- А) общего печеночного протока;
- Б) пузырного протока;
- В) общего желчного протока;
- Г) левого печеночного протока;
- Д) правого печеночного протока.
- Ответ: (В)
326. Главные клетки желудка в основном располагаются в:
- А) кардиальном отделе желудка;
- Б) теле;
- В) антральном отделе;
- Г) пилорическом отделе;
- Д) дне желудка.
- Ответ: (Б)
327. Клетки, вырабатывающие гастрин, располагаются в:
- А) кардиальном отделе желудка;
- Б) теле;
- В) антральном отделе;
- Г) пилорическом отделе;
- Д) дне желудка.
- Ответ: (В)
328. Диета у больных с обострением панкреатита в первые 2 дня:
- А) белковая;
- Б) углеводная;
- В) жировая;
- Г) голод;
- Д) белково-углеводная.
- Ответ: (Г)
329. При каком заболевании атропин противопоказан:
- А) бронхиальная астма;
- Б) гипертоническая болезнь;
- В) глаукома;
- Г) АВ-блокада II степени;
- Д) перемежающаяся хромота.
- Ответ: (В)
330. Назвать нормальный уровень амилазы крови:
- | | | | |
|----|-------|-------|----|
| А) | 9-10 | мг/ч. | л; |
| Б) | 12-32 | мг/ч, | л; |
| В) | 43-52 | мг/ч. | л; |
| Г) | 64-70 | мг/ч. | л; |
- Д) 80-90 мг/ч. л.
- Ответ: (Б)
331. Нормальный уровень амилазы мочи:
- | | | | |
|----|----------|-------|-----|
| А) | 140-180 | мг/г. | мл; |
| Б) | 40,0-120 | мг/г. | мл; |
| В) | 200-400 | мг/г. | мл; |
| Г) | 500-640 | мг/г. | мл; |
- Д) 1000 мг/г. мл.
- Ответ: (Б)

"Верно-неверно"

Выбрать неверный ответ.

332. Наиболее частой причиной язвенной болезни 12-перстной кишки являются?

- а) прием острой пищи
- б) курение

- в) генетические факторы
- г) инфекция *Helicobacter pylori*
- д) гиперпаратиреоз

Ответ: (а, б, в, д)

333. Анемия - тяжелое осложнение, которое может наблюдаться после резекции желудка по Бильрот-П. К факторам, которые способствуют развитию послеоперационной анемии относят все нижеперечисленное, кроме:

- а) Частой рвоты, возникающей при синдроме приводящей петли.
- б) Гастрита культи желудка, ассоциированного с желчью.
- в) Нарушения всасывания железа.
- г) Нарушения всасывания витамина В₁₂.
- д) Мальабсорбции, развивающейся на фоне длительного существующего демпинга.

Ответ: (а)

А-тип.

Выбрать один правильный ответ.

334. Какой из симптомов может быть одним из самых ранних при подозрении на рак желудка?

- а) метеоризм
- б) нарушение флоры кишечника
- в) похудание
- г) немотивированная потеря аппетита
- д) тахикардия

Ответ: (г)

335. Наиболее достоверным подтверждением панкреатита является:

- а) боль опоясывающего характера
- б) коллапс
- в) высокий уровень амилазы (диастазы) в крови и моче
- г) гипергликемия
- д) жировой характер стула

Ответ: (в).

336. Мелена при наличии гепатоспленомегалии подозрительна:

- а) на кровоточащую язву 12-перстной кишки
- б) на кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- в) на тромбоз мезентериальных артерий
- г) на язвенный колит
- д) на геморрагический диатез.

Ответ: (б).

337. Какой из симптомов может быть одним из самых ранних при подозрении на рак желудка?

- а) метеоризм
- б) нарушение функции кишечника
- в) похудание
- г) немотивированная потеря аппетита
- д) тахикардия.

Ответ: (г).

338. Может ли заболевание желудка явиться причиной поносов:

- а) не может
- б) может при сопутствующем заболевании кишечника
- в) при раке желудка
- г) при эрозивном гастрите
- д) при гастрите типа А (ахилии).

Ответ: (д).

339. Какие данные, обнаруженные при биопсии толстой кишки, подтверждают диагноз язвенного колита?

- а) абсцессы крипт
- б) воспалительные изменения, ограниченные слизистой
- в) реактивная гиперплазия оставшегося эпителия
- г) уменьшение числа бокаловидных клеток
- д) все выше перечисленное

Ответ: (д)

340. Какой датой должен быть закрыт поликлиникой больничный лист больному с язвенной болезнью, направленному на МСЭК и признанному инвалидом?

- а) днем направления на МСЭК
- б) днем регистрации направления на МСЭК
- в) днем освидетельствования
- г) больничный лист может быть продолжен

Ответ: (б)

К-тип

Выбрать правильную комбинацию ответов.

341. У больного алкогольным циррозом печени развился выраженный отечно-асцитический синдром. Постельный режим, бессолевая диета и ограничение приема жидкости до 1000 мл в течение 3 дней не привели к уменьшению отеков. Какие меры следует предпринять?

- а) парацетез
- б) верошпирон в возрастающих дозах
- в) внутривенное введение лазикса
- г) прием гипотиазида
- д) прием урегита

Ответы: (б, в).

342. Для каких из перечисленных заболеваний:

А. хронический активный гепатит

Б. цирроз печени (активный)

В. и то и другое

Г. ни то, ни другое - характерны следующие признаки:

1. Круглоклеточная портальная и перипортальная инфильтрация, некрозы гепатоцитов.
2. Маркеры вируса гепатита В.
3. Артралгии.
4. Выздоровление при адекватном и своевременном лечении.
5. Образование ложных долек.
6. Наличие синдрома цитолиза.

Для каждого из вопросов выберите правильные комбинации ответов, если они имеются.

А) Если правильные ответы 1, 2, 3.

Б) Если правильные ответы 1 и 3.

В) Если правильные ответы 1 и 4.

Г) Если правилен только ответ 4.

Д) Если все ответы правильные.

Ответ: 1- В, 2- В, 3- В, 4- Г, 5- Б, 6- В.

Р-тип

Для больного подберите наиболее вероятный диагноз.

343. Женщина 42 лет обратилась к ВОП с жалобами на стойкий кожный зуд, особенно по ночам, периодические ноющие боли в области правого подреберья, боли в суставах и мышцах, интенсивную слабость. Ранее не обследовалась. При объективном исследовании кожные покровы темно-желтой окраски, сухие, следы расчесов, ксантомы. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, плотной консистенции. Селезенка незначительно увеличена в размере. В анализах крови - анемия, лейкопения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ, гипербилирубинемия, значительное понижение щелочной фосфатазы. Предполагаемый диагноз?

- а) хронический холестатический гепатит
- б) первичный билиарный цирроз печени
- в) рак печени
- г) лимфогранулематоз.

Ответ: (б).

344. Для каждого больного с диареей подберите наиболее вероятную причину заболевания:

А. Язвенный колит.

Б. Злоупотребление слабительными.

В. Псевдомембранозный колит.

Г. Вирусный гастроэнтерит.

Д. Инфекция *Campylobacter*.

Е. Коллагеновый колит.

1. У здорового 20-летнего мужчины внезапно появились диарея с примесью крови, схваткообразные боли и субфебрильная лихорадка. Через 5 дней симптомы спонтанно исчезли и больше не возобновлялись.
2. У здорового 20-летнего мужчины внезапно появились диарея с примесью крови, схваткообразные боли в животе и лихорадка. После нескольких недель болезни он обратился к врачу, который при проктосигмоскопии обнаружил кровоточивость и рыхлость слизистой.
3. У 30-летней женщины развилась тяжелая водянистая диарея через 2 недели после проведения антибактериальной терапии по поводу лихорадочного заболевания. При проктосигмоскопии обнаружены очаги повреждения СО.
4. 30-летняя женщина жалуется на хроническую водянистую диарею. Исследование стула: осмолярность 300 мэкв/%, калий 45 мэкв/%. Вскоре, после того как больная госпитализирована и начала 48-часового голодания, симптомы заболевания исчезли.
5. 56-летняя женщина жалуется на периодическую водянистую диарею без примеси крови в течение последних нескольких лет. Исследование кала и эндоскопические исследования не выявили патологии, но определяется повышенное СОЭ, а биопсия стенки толстой кишки позволила обнаружить эозинофильную субэпителиальную инфильтрацию.

Ответ: 1- Д, 2- А, 3 -В, 4. -Б, 5- Е.

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

К-тип

Выбрать правильную комбинацию ответов.

341. У больного алкогольным циррозом печени развился выраженный отечно-асцитический синдром. Постельный режим, бессолевая диета и ограничение приема жидкости до 1000 мл в течение 3 дней не привели к уменьшению отеков. Какие меры следует предпринять?

- а) парацентез
- б) верошпирон в возрастающих дозах
- в) внутривенное введение лазикса
- г) прием гипотиозида
- д) прием урегита

Ответы: (б, в).

342. Для каких из перечисленных заболеваний:

- А. хронический активный гепатит
- Б. цирроз печени (активный)
- В. и то и другое
- Г. ни то, ни другое - характерны следующие признаки:

7. Круглоклеточная портальная и перипортальная инфильтрация, некрозы гепатоцитов.
8. Маркеры вируса гепатита В.
9. Артралгии.
10. Выздоровление при адекватном и своевременном лечении.
11. Образование ложных долек.
12. Наличие синдрома цитолиза.

Для каждого из вопросов выберите правильные комбинации ответов, если они имеются.

- А) Если правильные ответы 1, 2, 3.
- Б) Если правильные ответы 1 и 3.
- В) Если правильные ответы 1 и 4.
- Г) Если правилен только ответ 4.
- Д) Если все ответы правильные.

Ответ: 1- В, 2- В, 3- В, 4- Г, 5- Б, 6- В.

Р-тип

Для больного подберите наиболее вероятный диагноз.

343. Женщина 42 лет обратилась к ВОП с жалобами на стойкий кожный зуд, особенно по ночам, периодические ноющие боли в области правого подреберья, боли в суставах и мышцах, интенсивную слабость. Ранее не обследовалась. При объективном исследовании кожные покровы темно-желтой окраски, сухие, следы расчесов, ксантомы. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, плотной консистенции. Селезенка незначительно увеличена в размере. В анализах крови - анемия, лейкопения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ, гипербилирубинемия, значительное понижение щелочной фосфатазы. Предполагаемый диагноз?

- а) хронический холестатический гепатит
- б) первичный билиарный цирроз печени

- в) рак печени
- г) лимфогранулематоз.

Ответ: (б).

344. Для каждого больного с диареей подберите наиболее вероятную причину заболевания:

- А. Язвенный колит.
- Б. Злоупотребление слабительными.
- В. Псевдомембранозный колит.
- Г. Вирусный гастроэнтерит.
- Д. Инфекция *Campylobacter*.
- Е. Коллагеновый колит.

1. У здорового 20-летнего мужчины внезапно появились диарея с примесью крови, схваткообразные боли и субфебрильная лихорадка. Через 5 дней симптомы спонтанно исчезли и больше не возобновлялись.

2. У здорового 20-летнего мужчины внезапно появились диарея с примесью крови, схваткообразные боли в животе и лихорадка. После нескольких недель болезни он обратился к врачу, который при проктосигмоскопии обнаружил кровоточивость и рыхлость слизистой.

3. У 30-летней женщины развилась тяжелая водянистая диарея через 2 недели после проведения антибактериальной терапии по поводу лихорадочного заболевания. При проктосигмоскопии обнаружены очаги повреждения СО.

4. 30-летняя женщина жалуется на хроническую водянистую диарею. Исследование стула: осмолярность 300 мэкв/%, калий 45 мэкв/%. Вскоре, после того как больная госпитализирована и начала 48-часового голодания, симптомы заболевания исчезли.

5. 56-летняя женщина жалуется на периодическую водянистую диарею без примеси крови в течение последних нескольких лет. Исследование кала и эндоскопические исследования не выявили патологии, но определяется повышенное СОЭ, а биопсия стенки толстой кишки позволила обнаружить эозинофильную субэпителиальную инфильтрацию.

Ответ: 1- Д, 2- А,3 -В,4. -Б, 5- Е.

Рекомендуемая литература:

7. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.
8. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.
Дополнительная:
9. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.
10. Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>.
11. Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>.
12. Болезни желудка [Электронный ресурс] / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.- <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433881.html>
13. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / Н. Д. Ющук, Е. А. Климова, О. О. Знойко, Г. Н. Кареткина, С. Л. Максимов, И. В. Маев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425558.html>
14. Детская гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417225.html>
15. Кильдиярова Р. Р. Болезни органов пищеварения у детей. Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации: учебное пособие / Р. Р. Кильдиярова. - М.: "Умный доктор", 2015. - 320 с.: ил.
16. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика и лечение: учеб. пособие для системы послевуз. и ДПО врачей / Д. И. Трухан [и др.]. - СПб.: СпецЛит, 2014. - 158 с. - (Внутренние болезни).

Раздел 4 «Болезни почек и мочевыводящих путей»

Тема 1 «Факторы риска заболеваний/состояний почек и мочевыводящих путей»;

Тема 2 «Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей»;

Тема 3 «Состояния/заболевания почек и мочевыводящих путей встречающиеся в ОВП»;

Тема 4 «Поражения почек и мочевыводящих путей, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем»;

Тема 5 «Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний почек и мочевыводящих путей в ОВП»;

Тема 6 «Неотложные состояния».

Цель: к концу обучения раздела «Болезни почек и мочевыводящих путей» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, чтобы эффективно оказывать соответствующую помощь пациентам с заболеваниями почек и мочевыводящих путей в разные возрастные периоды.

Задачи:

1. Обучить проведению полного клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями почек и мочевыводящих путей в условиях ОВП.
2. Рассмотреть распространенность основных состояний/заболеваний почек и мочевыводящих путей в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Изучить проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях почек и мочевыводящих путей и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Уметь устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния почек и мочевыводящих путей, и их семьями в условиях ОВП.
5. Уметь организовать помощь пациентам с заболеваниями/состояниями почек и мочевыводящих путей наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

В пределах контекста первичной медицинской помощи для каждой проблемы/состояния/заболевания почек и мочевыводящих путей нужно знать следующие области:

- этиологию и патогенез распространенных синдромов и заболеваний
- естественное течение острых и хронических состояний/заболеваний
- распространенность состояний/заболеваний в популяции и в различных половозрастных группах
- типичные и нетипичные проявления и осложнения у взрослых, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста, беременных
- факторы риска
- особенности диагностики
- лечение – начальное, неотложное, непрерывное
- критерии для направления к специалистам и в стационар

1. Нормальная анатомия и физиология почек и мочевыводящих путей в различные возрастные периоды и у беременных

2. Факторы риска заболеваний/состояний почек и мочевыводящих путей

2.1. Генетическая предрасположенность

2.2. Сахарный диабет

2.3. Экология

2.4. Профессиональные вредности

2.5. Алкоголизм

2.6. Питание

2.14. Инфекции

2.15. Курение

2.16. Рискованное сексуальное поведение

3. Состояния/заболевания почек и мочевыводящих путей наиболее часто встречающиеся в ОВП.

3.1. Основные симптомы и синдромы

3.1.1. Дизурия

3.1.2. Мочевой синдром

3.1.3. Отечный синдром

3.1.4. Гематурия

3.1.5. Нефритический синдром

3.1.6. Нефротический синдром

- 3.1.7. Хроническая почечная недостаточность
- 3.1.9. Вторичная артериальная гипертензия
- 3.1.10. Боль в пояснице
- 3.2. Основные заболевания/состояния почек и мочевыводящих путей
 - 3.2.1. Гломерулонефрит
 - 3.2.1.1. Острый
 - 3.2.1.2. Быстро прогрессирующий
 - 3.2.1.3. Хронический
 - 3.2.2. Тубуло-интерстициальный нефрит (острый и хронический)
 - 3.2.3. Инфекции мочевых путей (первичные и вторичные)
 - 3.2.3.1. Инфекции верхних мочевых путей
 - 3.2.3.1.1. Пиелонефрит (необструктивный и обструктивный)
 - 3.2.3.1.1.1. Острый
 - 3.2.3.1.1.2. Хронический
 - 3.2.3.1.2. Абсцесс почки
 - 3.2.3.1.3. Паранефрит
 - 3.2.3.2. Инфекции нижних мочевых путей
 - 3.2.3.2.1. Цистит (острый и хронический)
 - 3.2.3.2.2. Уретрит (острый и хронический)
 - 3.2.3.3. Бессимптомная бактериурия
 - 3.2.3.4. Уретральный синдром
 - 3.2.3.5. Роль инфекций, передающихся половым путем, в возникновении заболеваний мочевых путей
 - 3.2.4. Мочекаменная болезнь
 - 3.2.5. Дисфункция мочевого пузыря
 - 3.2.5.1. Недержание мочи
 - 3.2.5.2. Энурез
 - 3.2.5.3. Нейрогенный мочевой пузырь
 - 3.2.6. Кистозная болезнь почек
 - 3.2.7. Нефроптоз
 - 3.2.7. Поражения сосудов почек
 - 3.2.7.1. Врожденные
 - 3.2.7.2. Приобретенные
 - 3.2.8. Врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей
 - 3.2.9. Новообразования почек и мочевого пузыря
 - 3.2.9.1. доброкачественные
 - 3.2.9.2. злокачественные
 - 3.2.10. Заболевания почек, мочевыводящих путей и беременность
 - 3.2.10.1. Гестационный пиелонефрит
 - 3.2.10.2. Хронический гломерулонефрит и беременность
 - 3.2.10.3. Нефропатия беременных
- 4. Поражения почек и мочевыводящих путей, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем:
 - 4.1. Диффузные заболевания соединительной ткани
 - 4.2. Сахарный диабет
 - 4.3. Инфекционные и паразитарные болезни
 - 4.4. Новообразования
 - 4.5. Болезни накопления
 - 4.6. Алкоголизм
 - 5. Неотложные состояния
 - 5.1. Почечная колика
 - 5.2. Острая почечная недостаточность
 - 5.3. Острая задержка мочи
 - 5.4. Преэклампсия, эклампсия
 - 5.5. Травма почек и мочевыводящих путей
 - 6. Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей
 - 6.1. Клиническое обследование (опрос, физикальный осмотр)
 - 6.2. Неинвазивные методы исследования почек и мочевыводящих путей

- 6.2.1. Лабораторные методы исследования:
 - 6.2.1.1. Мочи
 - 6.2.1.1.1. Клиническое, цитологическое и бактериологическое исследование мочи
 - 6.2.1.1.2. 3-х стаканная проба
 - 6.2.1.1.3. Проба Зимницкого
 - 6.2.1.1.4. Проба Нечипоренко
 - 6.2.1.1.5. Проба Реберга
 - 6.2.1.1.6. Исследование мочевого осадка на бактериурию
 - 6.2.1.1.7. Исследование суточной альбуминурии
 - 6.2.1.1.8. Исследование суточной салурии
 - 6.2.1.2. Крови
 - 6.2.1.2.1. креатинин, мочевины, электролиты, мочевая кислота
- 6.2.2. Рентгенография почек и мочевыводящих путей (обзорная рентгенография мочевого системы, экскреторная урография, ретроградная пиелография)
- 6.2.3. Ультразвуковое исследование, включая использование Допплера
- 6.2.4. Радионуклидные методы исследования
- 6.2.5. Компьютерная томография
- 6.2.6. Магнитно-резонансная томография
- 6.3. Инвазивные методы исследования (показания, противопоказания, осложнения, диагностическая ценность)
 - 6.3.1. Цистоскопия с биопсией
 - 6.3.2. Пункционная биопсия почки
 - 6.3.3. Почечная ангиография
- 7. Хирургическое лечение заболеваний почек и мочевыводящих путей (показания, влияние на течение и прогноз, до- и послеоперационное амбулаторное ведение пациентов)
 - 7.1. Открытые операции на почках и мочевыводящих путях
 - 7.2. Эндоскопические операции
 - 7.3. Пункционная цистостомия
 - 7.4. Трансплантация почки
- 8. Клиническая фармакология. Основные группы лекарственных препаратов:
 - 8.1. Антибиотики. Основные группы.
 - 8.2. Спазмолитики
 - 8.2.1. М-холинолитики
 - 8.2.2. Миотропные
 - 8.3. Диуретики
 - 8.4. Препараты, уменьшающие образование камней почек
 - 8.5. Глюкокортикостероиды
 - 8.6. Цитостатики
 - 8.7. Антихолинергические средства
 - 8.8. α -адреномиметики
- 9. Немедикаментозные методы лечения
 - 9.1. Диета
 - 9.2. Фитотерапия
 - 9.3. ЛФК
 - 9.4. Физиотерапия
 - 9.5. Катетеризация мочевого пузыря
 - 9.6. Промывание мочевого пузыря
 - 9.7. Литотрипсия
 - 9.8. Гемодиализ
- 10. Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний почек и мочевыводящих путей в ОВП
 - 10.1. Немедикаментозная
 - 10.1.1. Питание
 - 10.1.2. Алкоголь
 - 10.1.3. Психосоциальный стресс
 - 10.1.4. Прием лекарственных препаратов с высоким риском поражения почек и камнеобразования
 - 10.1.5. Контроль физических нагрузок при наличии камней

11. Реабилитация
 - 11.1. ЛФК
 - 11.2. Физиотерапия
 - 11.3. Психотерапия
 - 11.4. Санаторно-курортное лечение

12. Паллиативная помощь пациентам со злокачественными заболеваниями почек и мочевыводящих путей

13. Психосоциальные проблемы

13.1. Социальная адаптация

13.2. Изменения в семье, имеющей больного с заболеваниями почек и мочевыводящих путей

Обучающийся должен уметь:

применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов, имеющих проблемы/состояния/заболевания почек и мочевыводящих путей, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Навыками по истории болезни пациента, имеющего патологию почек и мочевыводящей системы:

Опросом (жалобы, анамнез, включая сексуальный)

Исследованием почек и мочевыводящих путей (осмотр, перкуссия мочевого пузыря, пальпация почек, аускультация сосудов почек)

Методами лабораторных исследований:

Определением в моче экспресс-методом (тест полоски) белка, рН, гематурии

Взятием и приготовлением мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования мочи

Проведением и интерпретацией 3-х стаканной пробы с помощью тест-полосок

Интерпретацией клинического, цитологического и бактериологического исследования мочи

Интерпретацией пробы Зимницкого

Интерпретацией пробы Нечипоренко

Интерпретацией пробы Реберга

Интерпретацией исследования мочевого осадка на бактериурию

Проведением и интерпретацией исследования суточной альбуминурии тест-полосками

Интерпретацией исследования суточной салурии

Интерпретацией биохимического анализа крови (креатинин, мочевины, электролиты, мочевины, мочевая кислота)

Методами диагностики, процедуры/манипуляции:

Катетеризацией мочевого пузыря мягким эластическим катетером

Промыванием мочевого пузыря

Методикой чтения рентгенограмм (обзорная рентгенография мочевого пузыря, экскреторная урография, ретроградная пиелография)

Навыками оказания неотложной помощи пациентам с состояниями/заболеваниями почек и мочевыводящих путей:

Почечная колика

Острая почечная недостаточность

Острая задержка мочи

Преэклампсия, эклампсия

Травма почек и мочевыводящих путей

Ведением пациентов после выписки из стационара с заболеваниями почек и мочевыводящих путей, включая хирургические вмешательства.

Навыками консультации:

Обучением пациентов мочекаменной болезнью самостоятельному определению рН мочи тест-полосками

Обучением пациентов с диабетической нефропатией самостоятельному определению альбуминурии тест-полосками

Обучением пациентов контролю веса

Обучением пациента самостоятельному использованию тонометра для контроля АД

Обучением пациента контролю суточного диуреза

Обучением пациентов личной гигиене мочеполовых органов

Методикой профилактических рекомендаций пациенту с состояниями/заболеваниями почек и мочевыводящих путей:

Здоровый образ жизни

Табакокурение

Назначение физических нагрузок

Питание

Употребление алкоголя

Употребление лекарственных препаратов с высоким риском поражения почек и мочевыводящей системы

Профилактика инфекций, передающихся половым путем

Консультирование семьи, имеющего больного с хроническими заболеваниями почек и мочевыводящих путей

Консультирование семьи, имеющего больного со злокачественными заболеваниями почек и мочевыводящих путей

Навыками организационной работы в ОВП по ведению пациентов с заболеваниями почек и мочевыводящих путей.

Медицинской экспертизой:

Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности

Проведением клинико-экспертной комиссии (КЭК)

Определением медицинских показаний к трудоустройству

Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:

Организацией маршрута пациента, имеющего заболевания почек и мочевыводящих путей: диагностика, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация

Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам и больным с тяжелыми хроническими заболеваниями почек и мочевыводящих путей

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Проведение полного клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями почек и мочевыводящих путей в условиях ОВП.
2. Распространенность основных состояний/заболеваний почек и мочевыводящих путей в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях почек и мочевыводящих путей и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Умение устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния почек и мочевыводящих путей, и их семьями в условиях ОВП.
5. Организация помощи пациентам с заболеваниями/состояниями почек и мочевыводящих путей наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (перечислить), освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя).

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Предварительный синдромальный диагноз. Особенности сбора анамнеза. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска.

Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов. Профилактика

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей (РИМП) у женщин

Типичный пациент

Женщина 40 лет. Предъявляет жалобы на частые (4-5 раз за последние полгода) боли режущего характера при мочеиспускании и в поясничной области, сопровождающиеся повышением температуры тела до фебрильных цифр, частыми позывами на мочеиспускание, темным цветом мочи. Лечится самостоятельно фурагином. В анамнезе – хронический пиелонефрит и лечение антибиотиками 3 года назад.

Признаки серьезного заболевания

Толерантность к эмпирической противомикробной терапии;

Женщины старше 50 лет с микрогематурией и женщины любого возраста с макрогематурией (срочное направление к специалисту).

Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации

Беспорядочные половые связи,

Использование спермицидных и барьерных средств контрацепции (диафрагмы, женские презервативы).

Факторы риска

Беспорядочные половые связи (более характерно для молодых женщин), атрофические уретриты и вагиниты (у женщин в постменопаузе), средний и пожилой возраст, неполное освобождение мочевого пузыря (продолжительная катетеризация, нарушение мочеиспускания), нарушения функции мочевыделительной системы (анатомические дефекты, пузырный рефлюкс и др.), использование спермицидных и барьерных средств контрацепции (диафрагмы, женские презервативы), операции на мочевыделительной системе, иммуносупрессивные состояния, использование заместительной гормональной терапии в постменопаузе.

Ведение пациента

Диагностика

Анамнез

Необходимо обратить внимание на:

- Недавно перенесенные инфекционные заболевания и антибиотикотерапию,
- Бактериурию в анамнезе,
- Факторы риска, индикаторы серьезного заболевания, психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации.

Инструментальные исследования

- Должны исследоваться как половая, так и мочевыделительная системы;
- Общий анализ мочи (макро, гематурия, протеинурия);
- Тест-полоски для определения нитритов, образующихся в процессе жизнедеятельности микроорганизмов и лейкоцитарной эстеразы, секретируемой лейкоцитами (не показан пациенткам с бессимптомной бактериурией). Данный диагностический тест не может использоваться для окончательного установления диагноза;

- Микроскопия мочи (визуальное выявление бактерий и лейкоцитов);

- Совокупное использование указанных выше методов диагностики повышает чувствительность в ущерб специфичности.

- Бактериологический анализ (посев мочи на микрофлору). Показания: перед назначением профилактического лечения необходимо подтверждение наличия инфекции. Клинически значимым считается наличие 10²+ колоний в поле зрения;

Инструментальные методы диагностики показаны только в случаях: резистентности к антибиотикотерапии, частых эпизодах РИМП (более 3 раз в год), гематурии, наличии в анамнезе пиелонефрита, мочекаменной болезни, хирургических вмешательств на мочеполовой системе.

Цистоскопия и другие визуализирующие методы диагностики должны использоваться только в случаях неэффективности антибактериальной терапии, частых реинфекций и известных факторов риска:

- Обзорная рентгенография для выявления кальцинатов, инородных тел.

- Экскреторная урография при наличии гематурии для выявления возможной обструкции, эрозий мочевого пузыря, мочекаменной болезни, дивертикулеза (м.б. заменена УЗИ+обзорной рентгенографией).

- Компьютерная томография – вмешательство выбора при осложненных РИМП.

- Цистоуретрограмма мочевого пузыря и мочеточников показана при дивертикулезе мочеточников и везикоуретрального рефлюкса.

- Уродинамические исследования при нарушениях опорожнения мочевого пузыря или неврологических расстройствах.

При наличии признаков серьезного заболевания
Направление к специалисту (хирург, уролог, нефролог, гинеколог).

При отсутствии признаков серьезного заболевания

Симптоматическая терапия. Назначение парацетамола или ибупрофена для снижения интенсивности боли и купирования лихорадки.

Питье большого объема жидкости,

Эмпирическая противомикробная терапия (курс 3-7 дней): триметоприм 100мг 1 раз в день – препарат выбора лечения РИМП. Также возможно назначение ко-триксомазола, нитрофурантоина, цефалексина, цефаклора, амоксиклава и амоксициллина

Профилактическое лечение в течение 6 месяцев показано пациенткам, у которых наблюдается более 6 эпизодов РИМВП в год. Противомикробные препараты ежедневно или 1 раз в 3 дня.

Неосложненная инфекция мочевыводящих путей может спонтанно разрешаться без лечебного вмешательства.

Если присутствуют психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации рекомендуется:

- Мочеиспускание в течение 2 часов после полового акта;
- Использование лубрикантов во время полового акта;
- Прием разовой дозы противомикробных препаратов не позже чем через 2 часа после каждого полового акта;
- Отказ от контрацепции с использованием спермицидной смазки, женского презерватива или диафрагмы.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

При проведении ВОП профосмотра у больной Ш., 28 лет, выявлено повышение артериального давления. Жалоб не предъявляет. В анамнезе частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Артериальное давление 170/110 мм рт.ст., пульс 80 ударов в минуту. Язык чистый влажный, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 120 г/л; цветовой показатель 0,95; лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$; эозинофилы- 1%; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 64%; лимфоциты – 26%; моноциты – 5%; СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: количество - 100,0; реакция - кислая; цвет - светло-желтый; плотность - 1012; белок - 0,8г/л; эпителиальные клетки - 2-3 в поле зрения. Консультация окулиста - симптомы ретинопатии. Креатинин крови - 0,208 ммоль/л. Скорость КФ 80 мл/мин.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом современных классификаций (нозология, стадия).
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Определите групп лекарственных препаратов наиболее предпочтительных для данного случая, в частности ингибиторов АПФ.
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

На прием к ВОП обратилась больная К., 32 лет, с жалобами на общую слабость, тошноту, рвоту, головную боль ноющего характера в затылочной области. С 10-ти летнего возраста отмечала рези при мочеиспускании, боли в поясничной области, больше слева. В течение последних 5-ти лет отмечает повышение АД. Не обследовалась, лечилась самостоятельно травами, принимала гипотензивные средства.

При объективном исследовании: кожные покровы бледной окраски, кожа сухая. Отеков нет. Отмечается расширение левой границы сердца на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. АД-190/120 мм рт. ст., Ps - 86 в мин, напряжен.

В общем анализе крови: умеренная анемия, СОЭ - 25 мм/час. Суточный диурез - 2500 мл, суточные колебания удельного веса в пробе Зимницкого - 1005-1008. В общем анализе мочи: белок – 0,75 г/л, лейкоциты - 5-6 в п/зр., эритроциты - 2-3 в п/зр. Креатинин – 0,041 ммоль/л.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

На прием к врачу общей практики обратился больной М., 21 года, с жалобами на общую слабость, тошноту, рвоту, головную боль ноющего характера в затылочной области, частое, болезненное мочеиспускание, тупые боли в поясничной области. В течение последнего года отмечает повышение АД до 160/110 мм рт.ст. (высокие цифры АД выявлены при медицинском обследовании для спортивных соревнований). Лекарственные препараты не принимал.

При объективном исследовании: кожные покровы бледные. Отеков нет. Левая граница относительной сердечной тупости смещена наружу на 1 см от левой срединноключичной линии. АД - 170/110 мм рт.ст., Пульс - 88 в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения.

В общем анализе крови: анемия, СОЭ-25 мм в час. Суточный диурез-2600 мл, колебания удельного веса в пробе Зимницкого - 1005-1008. В общем анализе мочи: белок - 0,5 г/л, лейкоциты -10-15 в п/зр., эритроциты - 2-3 в п/зр. Креатинин плазмы крови-0,048 ммоль/л.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

1. Этапы оказания внебольничной медицинской помощи нефрологическим больным.
2. Поликлинический этап лечения, объем оказываемой помощи нефрологическим больным.
3. Особенности работы врача нефролога и преемственность в работе с участковым врачом, стационарами, диагностическими центрами.
4. Клинические формы и варианты острого гломерулонефрита. Показания к госпитализации. Лечение после выписки из стационара. Диета. Медикаментозная терапия. Санаторно-курортное лечение. Сроки временной нетрудоспособности, критерии ее длительности. Трудоустройство. Меры профилактики хронизации болезни. Диспансеризация.
5. Хронический гломерулонефрит. Показания к госпитализации. Ранние клиничко-лабораторные симптомы хронической почечной недостаточности, ее лечение в условиях поликлиники, показания для направления на гемодиализ. Трудоустройство. Причины стойкой нетрудоспособности. Профилактика обострений. Диспансеризация. Хронический пиелонефрит. Лечение в периоде обострения и ремиссии. Медикаментозная и немедикаментозная терапия. Санаторно-курортное лечение. Временная нетрудоспособность, критерии длительности. Профилактика первичная и вторичная. Диспансеризация

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

001. Для почечной колики характерны:

- | | | | | |
|----|---------------|--------------|------------|----------------|
| 1. | боли | в | поясничной | области; |
| 2. | | дизурические | | явления; |
| 3. | положительный | симптом | | Пастернацкого; |

4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

002. Односторонние боли в поясничной области характерны для:

- А) острого гломерулонефрита;
Б) острого цистита;
В) острого пиелонефрита;
Г) амилоидоза почек;
Д) хронического гломерулонефрита.

Ответ: (В)

003. Альбуминурия и гипопропротеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

- А) острого гломерулонефрита;
Б) пиелонефрита;
В) почечно-каменной болезни;
Г) цистита;
Д) нефроптоза.

Ответ: (А)

004. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

- А) хронического нефрита;
Б) пиелонефрита;
В) сахарного диабета;
Г) несахарного диабета;
Д) сморщенной почки.

Ответ: (В)

005. Для почечной колики характерны:

1. боли в поясничной области;
2. дизурические явления;
3. положительный симптом Пастернацкого;
4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

006. Односторонние боли в поясничной области характерны для:

- А) острого гломерулонефрита;
Б) острого цистита;
В) острого пиелонефрита;
Г) амилоидоза почек;
Д) хронического гломерулонефрита.

Ответ: (В)

007. Альбуминурия и гипопропротеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

- А) острого гломерулонефрита;
Б) пиелонефрита;
В) почечно-каменной болезни;
Г) цистита;
Д) нефроптоза.

Ответ: (А)

008. Из перечисленных факторов влияние на повышение СОЭ может оказать:

1. увеличение содержания фибриногена в крови
2. увеличение количества глобулинов в крови

3. увеличение альбуминов в крови
 4. увеличение количества эритроцитов в крови
 5. увеличение желчных кислот в крови

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

Ответ: (А)

009. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

- А) хронического нефрита;
 Б) пиелонефрита;
 В) сахарного диабета;
 Г) несахарного диабета;
 Д) сморщенной почки.

Ответ: (В)

010. Выберите препарат, эффект которого не зависит от рН мочи:

- А) кефзол;
 Б) карбеницилин;
 В) бисептол;
 Г) фурагин;
 Д) гентамицин.

Ответ: (А)

011. Укажите процент элиминации гентамицина с мочой:

- А) 40%;
 Б) 80%;
 В) 100%;
 Г) зависит от уровня альбуминов в крови;
 Д) с мочой не выделяется.

Ответ: (В)

012. При хроническом пиелонефрите в стадии обострения на 20-й день болезни следует назначить:

- А) субаквальные ванны;
 Б) УВЧ-терапию;
 В) амплипульстерапию;
 Г) грязелечение;
 Д) подводный душ-массаж.

Ответ: (Б)

013. При хроническом гломерулонефрите с гипертензионным синдромом (АД - 165/105 мм. рт. ст.)

назначают:

- А) индуктотермию;
 Б) сульфидные ванны;
 В) дарсонвализацию;
 Г) франклинизацию;
 Д) хвойные ванны.

Ответ: (А)

014. При мочекаменной болезни и вторичном пиелонефрите в период ремиссии назначают:

- А) субаквальные ванны;
 Б) грязелечение;
 В) дарсонвализацию;
 Г) питье минеральной воды;
 Д) индуктотермию.

Ответ: (Г)

015. Допустимое количество белка в суточной моче составляет:

- А) 500 мг;
 Б) 50 мг;
 В) 150 мг;
 Г) не должно быть;

Д) следы белка.

Ответ: (В)

016. Для качественной оценки лейкоцитурии можно использовать:

- А) анализ мочи по методу Нечипоренко;
Б) фазовоконтрастную микроскопию мочевого осадка;
В) лейкоцитарную формулу ночи;
Г) анализ ночи по Зимницкому;
Д) общий анализ мочи.

Ответ: (В)

017. Щелочная реакция ночи может быть обусловлена:

- А) употреблением преимущественно белковой пищи;
Б) значительной лейкоцитурией и бактериурией;
В) употреблением преимущественно растительной пищи;
Г) употреблением большого количества соли;
Д) употреблением большого количества сахара.

Ответ: (Г)

018. Лейкоцитурия наиболее характерный симптом при:

- А) пиелонефрите;
Б) гломерулонефрите;
В) амилоидозе;
Г) нефролитиазе;
Д) поликистозе.

Ответ: (А)

019. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

- А) хронического нефрита;
Б) пиелонефрита;
В) сахарного диабета;
Г) несахарного диабета;
Д) сморщенной почки.

Ответ: (В)

020. При проведении пробы Зимницкого необходимо:

- А) соблюдать строгую диету с исключением соли;
Б) ограничить физическую активность;
В) исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);
Г) ограничить употребление белковой пищи;
Д) ограничить употребление растительной пищи.

Ответ: (В)

021. Урография позволяет:

1. определить размеры почек;
2. определить положение почек;
3. выявить конкременты;
4. оценить функцию почек.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

022. Нефротическому синдрому соответствуют:

1. отеки;
2. протеинурия 5 г/сутки;
3. диспротеинемия;
4. гиперлипидемия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

023. Острый нефритический синдром характеризуют:

А) отеки, гипо- и диспротеинемия гиперхолестеринемия;

Б) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;

В) артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия;

Г) протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия;

Д) артериальная гипертензия, азотемия, анемия.

Ответ: (В)

024. У 40 летнего больного заболевшего ангиной, на 5- й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:

А) острый гломерулонефрит;

Б) острый пиелонефрит;

В) обострение хронического гломерулонефрита;

Г) апостематозный нефрит;

Д) амилоидоз почек.

Ответ: (Б)

025. Укажите механизм, который лежит в основе патогенеза острого гломерулонефрита:

А) иммунокомплексный;

Б) антительный (антитела к базальной мембране клубочков);

В) токсическое повреждение почек;

Г) дистрофические изменения;

Д) ишемический.

Ответ: (А)

026. Оценить активность хронического гломерулонефрита позволяют:

1. увеличение СОЭ;

2. диспротеинемия;

3. гиперазотемия при нормальных размерах почек;

4. гиперлипидемия.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

027. Больного хроническим гломерулонефритом необходимо госпитализировать в стационар в случае:

1. декомпенсации нефрогенной артериальной гипертонии;

2. нарастании протеинурии;

3. увеличении эритроцитурии;

4. ухудшении функционального состояния почек.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

028. Определение активности хронического гломерулонефрита необходимо для:

А) назначения патогенетической терапии;

Б) оценки прогноза заболевания;

В) установления клинической формы заболевания;

Г) оценки функционального состояния почек;

Д) назначения антибактериальной терапии.

Ответ: (А)

029. Протеинурия, гипопропротеинемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:

- А) острого гломерулонефрита;
- Б) пиелонефрита;
- В) почечно-каменной болезни;
- Г) цистита;
- Д) амилоидоза почек.

Ответ: (А)

030. У больного гломерулонефритом уровень калия в плазме 6 мэкв/л. При выборе мочегонного препарата предпочтение следует отдать:

- А) фуросемиду;
- Б) верошпирону;
- В) триамтерену;
- Г) арифону;
- Д) гипотиазиду.

Ответ: (А)

031. Острый лекарственный гломерулонефрит может развиваться при лечении:

- 1. сульфаниламидами;
- 2. пенициллином;
- 3. D-пеницилламином;
- 4. метиндолом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

032. Основным видом поражения почек при инфекционном эндокардите является:

- 1. эмбологенный инфаркт;
- 2. гломерулонефрит;
- 3. амилоидоз;
- 4. пиелонефрит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

033. Интерстициальный нефрит при подагре клинически проявляется:

- 1. нефротическим синдромом;
- 2. повышением артериального давления;
- 3. мочевым синдромом;
- 4. болевым синдромом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

034. У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

- А) дерматомиозита;
- Б) системной красной волчанки;
- В) системной склеродермии;
- Г) узелкового артериита;
- Д) ревматической полимиалгии.

Ответ: (Б)

035. Показанием к лечению нефрита по четырехкомпонентной схеме является:

- А) впервые возникший нефротический синдром;
Б) злокачественная артериальная гипертензия;
В) остонефритический синдром;
Г) нефротический синдром при амилоидозе почек;
Д) субъективное состояние больного.

Ответ: (А)

036. Четырехкомпонентная схема лечения нефрита включает следующие сочетания препаратов:

- А) преднизолон + гепарин + индометации + курантил;
Б) преднизолон + гепарин + курантил + диуретик;
В) преднизолон + цитостатик + гепарин + курантил;
Г) цитостатик + гепарин + курантил + эуфиллин;
Д) индометацин + гепарин + курантил + эуфиллин.

Ответ: (В)

037. Среди морфологических вариантов хронического гломерулонефрита наиболее неблагоприятным считается:

1. минимальные изменения;
2. мезангио-пролиферативный;
3. фокально-сегментарный гиалиноз склероз;
4. мезангио-мембранозный.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

038. Нефротический синдром может наблюдаться при:

1. амилоидозе;
2. системной красной волчанке;
3. диабетической нефропатии;
4. геморрагическом васкулите Шенлейна-Геноха.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

039. У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:

- А) бактериальный перитонит;
Б) абдоминальный нефротический криз;
В) почечная колика;
Г) апостематозный пиелонефрит;
Д) кишечная колика.

Ответ: (Б)

040. К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям нефропатий относится:

1. частые рецидивы нефротического синдрома;
2. сочетание нефротического и гипертензивного синдромов;
3. сочетание протеинурии с гематурией и отеками;
4. присоединение тубулоинтерстициального поражения.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

041. У больного с прогрессирующим нефритом и хронической почечной недостаточностью возникло легочное кровотечение. Наиболее вероятен диагноз:

1. системная красная волчанка с поражением легких;

2. синдром Гудпасчура;

3. бронхоэктазы и амилоидоз почек;

4. микроскопический полиангиит.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

042. Почечная недостаточность при подостром гломерулонефрите развивается:

А) через 3-5 месяцев от начала заболевания;

Б) через год;

В) через 3 года;

Г) с первых недель заболевания;

Д) в зависимости от выраженности артериальной гипертензии.

Ответ: (А)

043. Злокачественная гипертензия возможна при:

1. пиелонефрите;

2. узелковом периартериите;

3. первичном нефросклерозе;

4. истинной склеродермической почке.

А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) - если правильны ответы 1 и 3;

В) - если правильны ответы 2 и 4;

Г) - если правильный ответ 4;

Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

044. "Сольтеряющий синдром" чаще встречается у больных:

А) хроническим гломерулонефритом;

Б) интерстициальным нефритом;

В) амилоидозом почек;

Г) волчаночным нефритом;

Д) поликистозом почек.

Ответ: (Б)

045. Из группы иммуносупрессоров функцию Т-лимфоцитов избирательно подавляет:

А) азатиоприн;

Б) циклофосфан;

В) хлорбутин;

Г) циклоспорин;

Д) метпред.

Ответ: (Г)

046. При лечении больных хроническим гломерулонефритом цитостатическими препаратами необходимо тщательно контролировать:

1. лейкоциты крови

2. содержание гемоглобина крови

3. тромбоциты крови;

4. эозинофилы крови.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

047. К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение:

- А) преднизолоном;
 Б) цитостатиками;
 В) индометацином;
 Г) курантилом;
 Д) гепарином.

Ответ: (В)

048. Гипокалиемия может наблюдаться при:

1. первичном гиперальдостеронизме;
 2. болезни Иценко-Кушинга;
 3. реноваскулярной гипертензии;
 4. ренинсекретирующей опухоли.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

049. У больного, страдающего ревматоидным артритом более 10 лет, наиболее вероятной причиной развившейся протеинурии (до 2 г/сутки) является:

- А) амилоидоз почек;
 Б) гломерулонефрит;
 В) пиелонефрит;
 Г) интерстициальный нефрит;
 Д) тромбоз почечных вен.

Ответ: (А)

050. Вторичный амилоидоз может развиваться при:

1. ревматоидном артрите;
 2. псориатическом артрите;
 3. опухолях;
 4. бронхоэктазах.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

051. Нефротический синдром при амилоидозе:

1. регрессирует при назначении кортикостероидов;
 2. исчезает при развитии хронической почечной недостаточности;
 3. сопровождается злокачественной артериальной гипертензией;
 4. сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

052. Вторичному амилоидозу предшествует наличие в сыворотке крови:

1. легких цепей иммуноглобулинов;
 2. преальбумина;

059. Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы:

- 1.
- 2.
3. эшерихии (патологические протей;
4. стрептококки. клебсиеллу; штаммы);

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

060. Нефроптоз может осложниться:

1. пиелонефритом;
2. форникальным кровотечением;
3. артериальной гипертензией;
4. нарушением венозного оттока.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

061. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является:

- А) повышение содержания мочевины в крови;
- Б) повышение содержания креатинина в крови;
- В) гиперфосфатемия;
- Г) гиперкалиемия;
- Д) гиперурикемия.

Ответ: (Г)

062. Развитие сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует:

1. артериальная гипертензия;
2. анемия;
3. перегрузка жидкостью и натрием;
4. нарушения электролитного и кислотно-щелочного состояния.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

063. Умеренную гиперкалиемию при хронической почечной недостаточности можно корригировать путем введения:

1. солей кальция;
2. раствора гидрокарбоната натрия;
3. концентрированного раствора глюкозы с инсулином;
4. изотонического раствора.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

064. К уремической интоксикации не имеет отношения:

- А) кожный зуд;
Б) эритроцитоз;
В) полиурия, полидипсия;
Г) тошнота, рвота;
Д) мышечные судороги.

Ответ: (Б)

065. При составлении диеты больному с хронической почечной недостаточностью следует предусмотреть:

1. ограничение белка;
2. достаточную калорийность пищи;
3. исключение калийсодержащих продуктов;
4. назначение кетостерола.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

066. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности повышение в сыворотке крови уровня:

- А) мочевины;
Б) остаточного азота;
В) креатинина;
Г) калия;
Д) мочевой кислоты.

Ответ: (В)

067. Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можно считать:

- А) повышение артериального давления;
Б) полиурию, полидипсию;
В) гиперкалиемию;
Г) метаболический ацидоз;
Д) судороги.

Ответ: (Б)

068. Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности является:

- А) гломерулярный некроз;
Б) папиллярный некроз;
В) тубулярный некроз;
Г) поражения интерстиция;
Д) гидронефроз.

Ответ: (В)

069. При шоке острая почечная недостаточность обусловлена:

- А) влиянием токсических веществ поврежденных тканей;
Б) сопутствующей инфекцией;
В) падением артериального давления;
Г) недостаточностью надпочечников;
Д) метаболическим ацидозом.

Ответ: (В)

070. Острую почечную недостаточность могут вызвать главным образом антибиотики группы:

- А) пенициллинов;
Б) макролидов;
В) аминогликозидов;
Г) цефалоспоринов;
Д) фторхинолонов.

Ответ: (В)

071. В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение:

- А) плазмы;

- Б) плазмозамещающих растворов;
 В) соленых растворов;
 Г) фуросемида;
 Д) гемодеза.

Ответ: (Г)

072. Абсолютным показанием для срочного проведения гемодиализа при острой почечной недостаточности является:

- А) анурия;
 Б) высокая гипертензия;
 В) повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л;
 Г) повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л;
 Д) развитие перикардита.

Ответ: (Г)

073. Больному острой почечной недостаточностью при весе 70 кг, нормальной температуре, отсутствии артериальной гипертензии, гипергидратации, при диурезе 200 мл/сут. Можно вводить жидкость в объеме:

- А) до 200 мл;
 Б) до 700 мл;
 В) до 1200 мл;
 Г) до 1500 мл;
 Д) до 2000 мл.

Ответ: (В)

074. Острая мочекишечная нефропатия может развиваться при:

1. распаде опухоли;
2. лечении опухоли цитостатиками;
3. радиационной терапии;
4. терапии кортикостероидами

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

075. У 45-летнего больного, слесаря, обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желез, контрактура Дюпюитрена, протеинурия (2,5 г/л), гематурия (50-60 в поле зрения). Уровень иммуноглобулина А в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:

- А) идиопатический IgA-нефрит;
 Б) гломерулонефрит при геморрагическом васкулите;
 В) гломерулонефрит алкогольной этиологии;
 Г) волчаночный гломерулонефрит;
 Д) хронический пиелонефрит.

Ответ: (А)

076. У 16-летней больной, в течение 2 лет страдающей остеомиелитом левой голени, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружен нефротический синдром, уровень фибриногена крови резко повышен. Вероятный диагноз:

- А) постинфекционный гломерулонефрит;
 Б) декомпенсированный цирроз печени;
 В) гепаторенальный синдром;
 Г) вторичный амилоидоз с поражением почек; гепатоспленомегалия;
 Д) волчаночный гломерулонефрит.

Ответ: (Г)

077. 50-летняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике, уровень гемоглобина в крови 65 г/л, протеинурия 22 г, уровень альбуминов сыворотки 40 г/л. Наиболее вероятный диагноз:

- А) камни желчного пузыря;
 Б) камни мочевыводящих путей;
 В) нарушение усвоения витамина Д;
 Г) нарушение усвоения витамина Д;

Д) гипертонус скелетной мускулатуры.

Ответ: (Б)

078. У 45-летнего больного в течение 4 месяцев отмечается лихорадка, эпизоды безболезненной макрогематурии. Уровень гемоглобина в крови 160 г/л. Наиболее вероятный диагноз:

- А) хронический гломерулонефрит гематурического типа;
Б) волчанковый нефрит;
В) рак почки;
Г) уратный нефролизиаз,
Д) амилоидоз.

Ответ: (В)

079. Мужчина 32 лет, отечен. При осмотре другой патологии не отмечено. Анализ мочи: протеинурия, гиалиновые цилиндры и овальные жировые тельца, альбумин плазмы 2% и проявления гиперлипидемии. Диагноз:

1. острый гломерулонефрит;
2. гипернефрома;
3. пиелонефрит;
4. нефротический синдром.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

080. Аденома паращитовидной железы может спровоцировать:

- А) хронический гломерулонефрит в стадии уремии;
Б) миеломная болезнь;
В) вторичный амилоидоз с поражением почек;
Г) хронический пиелонефрит;
Д) поликистоз почек.

Ответ: (Б)

081. Основной морфологической и функциональной единицей почки является:

- А) чашечнолоханочная система;
Б) сосудистый клубочек;
В) почечные канальцы;
Г) нефрон;
Д) почечное тельце.

Ответ: (Г)

082. Определяющим методом в диагностике вазоренальной гипертензии является:

- А) радиоизотопная ренография;
Б) ультразвуковое сканирование почек;
В) ангиография;
Г) экскреторная урография;
Д) компьютерная томография.

Ответ: (В)

083. Ведущим клиническим признаком нефротического синдрома является:

- А) гематурия;
Б) протеинурия более 3,5 г/сутки;
В) артериальная гипертензия;
Г) пиурия;
Д) гипоизостенурия.

Ответ: (Б)

084. Острый гломерулома может развиваться как осложнение инфекции, вызванной:

- А) альфа-гемолитическим стрептококком группы В;
Б) стафилококком группы А;
В) бета-гемолитическим стрептококком группы А;
Г) риккетсиями;
Д) уросепсисом, вызванным кишечной палочкой.

Ответ: (В)

085. Амилоидоз почек может развиваться при:

1. ревматоидном артрите;
2. периодической болезни;
3. туберкулезе;
4. бронхоэктатической болезни.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

086. Гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно устранить:

- А) физиологическим раствором;
- Б) гипотоническим раствором;
- В) внутривенным введением глюкозы с инсулином;
- Г) введением раствором хлористого кальция соды;
- Д) введением раствора хлористого кальция.

Ответ: (В)

087. Лекарственное средство, требующее особой регуляции своей дозы при заболеваниях почек:

- А) гентамицин;
- Б) метациклин;
- В) эритромицин;
- Г) левомицитин;
- Д) ампицилин.

Ответ: (А)

088. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается не менее:

- А) 10% почечной паренхимы;
- Б) 20% почечной паренхимы;
- А) 50% почечной паренхимы;
- Г) 75% почечной паренхимы;
- Д) 90% почечной паренхимы.

Ответ: (Г)

089. Морфологическим субстратом хронической почечной недостаточности является:

- А) нефросклероз;
- Б) пролиферация мезангиальных клеток;
- В) деструкция малых отростков подоцитов;
- Г) отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране;
- Д) облитерация выносящей артериолы.

Ответ: (А)

090. Хроническая почечная недостаточность является следствием:

- А) Изолированного поражения канальцев;
- Б) Изолированного поражения клубочков;
- В) Изолированного поражения собирательных трубочек;
- Г) Поражения всего нефрона;
- Д) Изолированного поражения приносящей артериолы.

Ответ: (Г)

091. Клинические проявления хронической почечной недостаточности возникают при клубочковой фильтрации:

- А) 140-200 мл/мин;
- Б) 100-140 мл/мин;
- В) 80-100 мл/мин;
- Г) 60-80 мл/Мин;
- Д) 40 мл/мин.

Ответ: (Д)

092. Показания для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите:

- А) нефротический синдром;

- Б) мочево́й синдром;
 В) гипертензия;
 Г) почечная недостаточность;
 Д) профилактический курс терапии.

Ответ: (А)

093. Рекомендуемые начальные суточные дозы преднизолона при лечении хронического гломеруло-нефрита:

- А) 20 мг;
 Б) 40 мг;
 В) 60-80 мг;
 Г) 120 мг ч/день;
 Д) пульс-терапия метипредом.

Ответ: (В)

094. Рекомендуемые суточные дозы гепарина на начало лечения хронического гломерулонефрита:

- А) 5000 ед;
 Б) 10000 ед;
 В) 15000 ед;
 Г) 20000 ед;
 Д) 30000 ед.

Ответ: (Г)

"Верно-неверно"

Выбрать один правильный ответ.

095. Показана ли какая-либо терапия хронического пиелонефрита в периоде ремиссии?

- а) не показана, только при обострении;
 б) при возникновении интеркурентных инфекций;
 в) два раза в год в осенне-зимний период;
 г) на протяжении 6-12 месяцев регулярными короткими курсами антибактериальной терапии, в промежутках – физиотерапия;
 д) первые 3 мес. эпизодически прием антибактериального препарата, к которому чувствительна флора.

Ответ: (Г)

096. Самая высокая протенурия наблюдается:

- а) при остром гломерулонефрите;
 б) при амилоидозе;
 в) нефротическом синдроме;
 г) при хроническом гломерулонефрите;
 д) при хроническом пиелонефрите.

Ответ: (в)

097. Основное диагностическое значение имеет при пиелонефрите:

- а) учащенное, болезненное мочеиспускание;
 б) лейкоцитурия;
 в) боли в поясничной области;
 г) лихорадка;
 д) бактериурия.

Ответ: (д)

098. Хроническая почечная недостаточность диагностируется по:

- а) отекам, при наличии протеинурии;
 б) артериальной гипертензии и изменениям в моче;
 в) бактериурии;
 г) повышению концентрации креатинина в крови;
 д) повышению уровня мочевой кислоты в крови.

Ответ: (г)

099. При наличии у пациента периодической лейкоцитурии, стерильной мочи и выявленной при УЗИ деформации почечных лоханок можно заподозрить:

- а) рак почки;
 б) хронический пиелонефрит;
 в) врожденную аномалию;

- г) туберкулез почек;
- д) подагрическую нефропатию.

Ответ: (г)

100. Что является решающим для вынесения МСЭК заключения о признании инвалидом при хроническом гломерулонефрите:

- а) возраст пациента;
- б) допущенные дефекты в лечении;
- в) ходатайство предприятия, на котором работает больной;
- г) неблагоприятный трудовой прогноз.

Ответ: (г)

3) Решить ситуационные задачи:

2 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

При проведении ВОП профосмотра у больной Ш., 28 лет, выявлено повышение артериального давления. Жалоб не предъявляет. В анамнезе частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Артериальное давление 170/110 мм рт.ст., пульс 80 ударов в минуту. Язык чистый влажный, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 120 г/л; цветовой показатель 0,95; лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$; эозинофилы- 1%; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 64%; лимфоциты – 26%; моноциты – 5%; СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: количество - 100,0; реакция - кислая; цвет - светло-желтый; плотность - 1012; белок - 0,8г/л; эпителиальные клетки - 2-3 в поле зрения. Консультация окулиста - симптомы ретинопатии. Креатинин крови - 0,208 ммоль/л. Скорость КФ 80 мл/мин.

3 ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом современных классификаций (нозология, стадия).
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Определите групп лекарственных препаратов наиболее предпочтительных для данного случая, в частности ингибиторов АПФ.
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

3.1.1.1.1.1.1 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

На прием к ВОП обратилась больная К., 32 лет, с жалобами на общую слабость, тошноту, рвоту, головную боль ноющего характера в затылочной области. С 10-ти летнего возраста отмечала рези при мочеиспускании, боли в поясничной области, больше слева. В течение последних 5-ти лет отмечает повышение АД. Не обследовалась, лечилась самостоятельно травами, принимала гипотензивные средства.

При объективном исследовании: кожные покровы бледной окраски, кожа сухая. Отеков нет. Отмечается расширение левой границы сердца на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. АД-190/120 мм рт. ст., Ps - 86 в мин, напряжен.

В общем анализе крови: умеренная анемия, СОЭ - 25 мм/час. Суточный диурез - 2500 мл, суточные колебания удельного веса в пробе Зимницкого - 1005-1008. В общем анализе мочи: белок – 0,75 г/л, лейкоциты - 5-6 в п/зр., эритроциты - 2-3 в п/зр. Креатинин – 0,041 ммоль/л.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

3.1.1.1.1.2

3.1.1.1.3 СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

На прием к врачу общей практики обратился больной М., 21 года, с жалобами на общую слабость, тошноту, рвоту, головную боль ноющего характера в затылочной области, частое, болезненное мочеиспускание, тупые боли в поясничной области. В течение последнего года отмечает повышение АД до 160/110 мм рт.ст. (высокие цифры АД выявлены при медицинском обследовании для спортивных соревнований). Лекарственные препараты не принимал.

При объективном исследовании: кожные покровы бледные. Отеков нет. Левая граница относительной сердечной тупости смещена наружу на 1 см от левой срединноключичной линии. АД - 170/110 мм рт.ст., Пульс - 88 в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения.

В общем анализе крови: анемия, СОЭ-25 мм в час. Суточный диурез-2600 мл, колебания удельного веса в пробе Зимницкого - 1005-1008. В общем анализе мочи: белок – 0,5 г/л, лейкоциты -10-15 в п/зр., эритроциты - 2-3 в п/зр. Креатинин плазмы крови-0,048 ммоль/л.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

Рекомендуемая литература:

9. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.
10. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.
Дополнительная:
17. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

Раздел 5 «Болезни крови»

Тема 1 «Факторы риска заболеваний/состояний крови и органов кроветворения»;

Тема 2 «Диагностика заболеваний крови и органов кроветворения»;

Тема 3 «Состояния/заболевания крови и органов кроветворения встречающиеся в ОВП»;

Тема 4 «Поражения системы кроветворения, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем»;

Тема 5 «Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний крови и органов кроветворения в ОВП»;

Тема 6 «Неотложные состояния».

Цель: совершенствование умений и практических навыков самостоятельной работы с медицинскими литературными источниками и нормативными документами для формирования знаний и умений по диагностике, профилактике и лечению распространенных заболеваний крови у детей и взрослых, необходимых для последующей профессиональной деятельности ВОП.

Задачи:

1. Уметь проводить полное клиническое обследование пациентов с заболеваниями/состояниями крови и органов кроветворения в условиях ОВП.

2. Знать распространенность основных состояний/заболеваний крови и органов кроветворения в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.

3. Изучить проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях крови и органов кроветворения и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.

4. Уметь устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния крови и органов кроветворения, и их семьями в условиях ОВП.

5. Уметь организовать помощь пациентам с заболеваниями/состояниями крови и органов кроветворения наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

в пределах контекста первичной медицинской помощи для каждой проблемы/состояния/заболевания крови и органов кроветворения нужно знать следующие области: этиологию и патогенез распространенных синдромов и заболеваний, естественное течение острых и хронических состояний/заболеваний, распространенность состояний/заболеваний в популяции и в различных половозрастных группах, типичные и нетипичные проявления и осложнения у взрослых, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста, беременных, факторы риска, особенности диагностики, лечение – начальное, неотложное, непрерывное, критерии для направления к специалистам и в стационар

1. Нормальная анатомия и физиология органов кроветворения и гемопоэза в различные возрастные периоды

2. Факторы риска заболеваний/состояний крови и органов кроветворения

2.1. Генетическая предрасположенность

2.2. Экология

2.3. Профессиональные вредности

2.4. Питание

2.5. Аллергены

2.6. Медикаменты

2.7. Донорство

2.8. Хроническая потеря крови

3. Состояния/заболевания крови и органов кроветворения наиболее часто встречающиеся в ОВП.

3.1. Основные симптомы и синдромы

3.1.1. Анемический

3.1.2. Эритроцитозы

3.1.3. Цитопении

3.1.4. Лейкемоидные реакции

3.1.5. Тромбоцитопатии

3.1.6. Полицитемии

3.1.7. Нарушения гемостаза, включая ДВС-синдром

3.1.8. Лимфаденопатии

3.1.9. Спленомегалия/гепатоспленомегалия

3.2. Основные заболевания/состояния крови и органов кроветворения

3.2.1. Анемии

- 3.2.1.1. Микроцитарные анемии
 - 3.2.1.1.1. Железодефицитная
 - 3.2.1.1.2. Сидеробластная
 - 3.2.1.2. Макроцитарные
 - 3.2.1.2.1. Витамин В12-дефицитные анемии
 - 3.2.1.2.2. Фолиеводефицитные анемии
 - 3.2.1.3. Гемолитические анемии
 - 3.2.1.3.1. Наследственные
 - 3.2.1.3.2. Приобретенные
 - 3.2.1.4. Апластическая анемия
 - 3.2.2. Гемобластозы
 - 3.2.2.1. Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина)
 - 3.2.2.2. Лимфомы
 - 3.2.2.3. Лейкозы
 - 3.2.2.3.1. Острые
 - 3.2.2.3.2. Хронические
 - 3.2.2.4. Паранепротеинемические гемобластозы
 - 3.2.2.4.1. Миеломная болезнь
 - 3.2.3. Нарушения гемостаза
 - 3.2.3.1. Вазопатии
 - 3.2.3.1.1. Геморрагический васкулит Шенлейна-Геноха
 - 3.2.3.1.2. Геморрагическая телеангиэктазия Рандю-Ослера
 - 3.2.3.2. Тромбоцитопатии
 - 3.2.3.2.1. Тромбоцитопении
 - 3.2.3.2.2. Тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа)
 - 3.2.3.2.3. Тромбоцитопатии
 - 3.2.3.2.3. Коагулопатии
 - 3.2.3.2.3.1. Гемофилии
 - 3.2.3.2.3.2. Тромбофилии
 - 3.2.3.2.3.1. Наследственные
 - 3.2.3.2.3.2. Приобретенные
 - 3.2.4. Агранулоцитозы
4. Поражения системы кроветворения, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем
- 4.1. Изменения крови при хронических заболеваниях
 - 4.2. Изменения крови при интоксикациях
 - 4.3. Изменения крови при злокачественных новообразованиях
 - 4.4. Изменения крови при диффузных заболеваниях соединительной ткани
 - 5. Неотложные состояния
 - 5.1. Гемолитический криз
 - 5.2. Острый геморрагический синдром
 - 5.3. Острый тромбоз/тромбоэмболия сосудов
 - 6. Диагностика заболеваний крови и органов кроветворения
 - 6.1. Клиническое обследование (опрос, физикальный осмотр, включая исследование лимфатических узлов и селезенки)
 - 6.2. Неинвазивные методы исследования крови и органов кроветворения
 - 6.2.1. Лабораторные методы исследования
 - 6.2.1.1. Общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, ретикулоциты, тромбоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ)
 - 6.2.1.2. Биохимический анализ крови, включая белок с фракциями, парапротеин, билирубин,
 - 6.2.1.3. Проба Кумбса
 - 6.2.1.4. Коагулограмма
 - 6.2.1.5. Анализ мочи на уробилин, гемоглобин, парапротеин
 - 6.2.2. Миелограмма
 - 6.2.3. Рентгенография костей
 - 6.2.4. Ультразвуковое исследование
 - 6.2.5. Компьютерная томография
 - 6.2.6. Магнитно-резонансная томография

- 6.2.7. Медико-генетическое консультирование
- 6.3. Инвазивные методы исследования (показания, противопоказания, осложнения, диагностическая ценность)
 - 6.3.1. Стернальная пункция
 - 6.3.2. Пункция селезенки с биопсией
 - 6.3.3. Пункция лимфатических узлов с биопсией
- 7. Хирургическое лечение заболеваний крови и органов кроветворения (показания, влияние на течение и прогноз, до- и послеоперационное амбулаторное ведение пациентов)
 - 7.1. Спленэктомия
 - 7.2. Трансплантация костного мозга
- 8. Клиническая фармакология. Основные группы лекарственных препаратов:
 - 8.1. Препараты железа
 - 8.2. Витамин В12 (цианокобаламин)
 - 8.3. Фолиевая кислота
 - 8.4. Эритропоэтин
 - 8.5. Глюкокортикостероиды
 - 8.6. Цитостатики
 - 8.7. Препараты крови
 - 8.8. Гемостатические препараты
 - 8.9. Антикоагулянты, тромболитики, антиагреганты
 - 8.10. Препараты витамина К
- 9. Переливание крови
 - 9.1. Группа крови и резус-фактор
 - 9.2. Пробы на совместимость
 - 9.3. Методика геотрасфузий
- 10. Немедикаментозные методы лечения
 - 10.1. Диета
 - 10.2. ЛФК
 - 10.3. Режим труда и отдыха
- 11. Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний крови и органов кроветворения в ОВП
 - 11.1. Питание
 - 11.2. Профессиональные вредности
 - 11.3. Психоэмоциональный стресс
 - 11.4. Прием лекарственных препаратов с высоким риском поражения органов кроветворения
- 12. Реабилитация
 - 12.1. ЛФК
 - 12.2. Психотерапия
 - 12.3. Санаторно-курортное лечение
- 13. Паллиативная помощь пациентам со злокачественными заболеваниями крови и органов кроветворения
- 14. Психосоциальные проблемы
 - 14.1. Социальная адаптация
 - 14.2. Изменения в семье, имеющей больного с заболеваниями крови и органов кроветворения

Обучающийся должен уметь:

применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов, имеющих проблемы/состояния/заболевания системы кроветворения, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь: точного их выполнения в соответствии со стандартом, знаний показаний/противопоказаний, возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

- 1. Навыками по истории болезни пациента, имеющего патологию системы кроветворения:
 - 1.1. Опросом (жалобы, анамнез)
 - 1.2. Исследованием системы кроветворения (периферические лимфатические узлы, селезенка)

Методами лабораторных исследований:

- 1. Взятием и приготовлением мазков для цитологического исследования крови
- 2. Анализом крови на гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ

3. Определением группы крови, резус-фактора экспресс-методом
- 4.Интерпретацией исследования общего анализа крови
- 5.Интерпретацией миелограммы
- 6.Интерпретацией пробы Кумбса
- 7.Интерпретацией коагулограммы
- 8.Интерпретацией анализа крови и мочи на парапротеин

Методами диагностики, процедуры/манипуляции:

1. Капельного и струйного переливания лекарств и кровезаменителей
2. Методикой чтения рентгенограмм костей

Оказанием неотложной помощи пациентам с состояниями/заболеваниями системы кроветворения:

1. Гемолитический криз
2. Острый геморрагический синдром
3. Острый тромбоз/тромбоэмболия сосудов

Ведением пациентов после выписки из стационара с заболеваниями крови и органов кроветворения, включая следующие хирургические вмешательства:

1. Спленэктомия
2. Трансплантация костного мозга

Навыками консультации:

1. Обучение пациентов приему препаратов железа, антикоагулянтов
2. Методикой профилактических рекомендаций пациенту с состояниями/заболеваниями крови и органов кроветворения:

- 2.1. Режим труда и отдыха
- 2.2. Назначение физических нагрузок
- 2.3. Питание
- 2.4. Употребление алкоголя
- 2.5. Употребление лекарственных препаратов с высоким риском поражения системы кроветворения
- 2.6. Консультирование семьи, имеющего больного с хроническими заболеваниями крови и органов кроветворения
- 2.7. Консультирование семьи, имеющего больного злокачественными заболеваниями крови и органов кроветворения

Навыками организационной работы в ОВП по ведению пациентов с заболеваниями крови и органов кроветворения:

1. Медицинской экспертизой:
 - 1.1. Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности
 - 1.2. Проведением клинико-экспертной комиссии (КЭК)
 - 1.3. Определением медицинских показаний к трудоустройству
2. Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:
 - 2.1. Организацией маршрута пациента, имеющего заболевания крови и органов кроветворения: диагностика, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, включая медико-генетическое консультирование, госпитализация
 - 2.2. Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам и больным с тяжелыми хроническими заболеваниями крови и органов кроветворения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Проведение полного клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями крови и органов кроветворения в условиях ОВП
2. Распространенность основных состояний/заболеваний крови и органов кроветворения в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях крови и органов кроветворения и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Умение устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния крови и органов кроветворения, и их семьями в условиях ОВП
5. Организация помощи пациентам с заболеваниями/состояниями крови и органов кроветворения наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (перечислить), освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя)

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Методы обследования.
4. Введение в амбулаторных условиях.
5. Диспансерное наблюдение

3) Пример задачи с разбором по алгоритму

Женщина 71 год, жалуется на выраженную общую слабость, головокружение, одышку и сердцебиение при небольших физических нагрузках, преходящее ощущение онемения и ползания мурашек в ногах, неустойчивость при ходьбе, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи.

Из анамнеза: началось все 3 месяца назад. Состоит в ДН в онкологическом диспансере по поводу субтотальной резекции желудка после рака, проведенной 6 лет назад, рецидивов не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное питание понижено, кожа и склеры бледные, с желтушным оттенком, л/у не увеличены. В легких везикулярное дыхание, ЧДД 20, тоны сердца приглушены, ЧСС 96, АД 130/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см по СКЛ, безболезненная, края ровные, плотная.

ОАК: Нб 90г/л, Ег 2,1* 10/12 г/л, ЦП 1,2, выраженный анизоцитоз, Le 3,15*10/9л, Тг 98,7 *10/9/л, ретикулоциты 6%, СОЭ 18 мм /ч

1. Предварительный диагноз

Рак желудка. Состояние после субтотальной резекции желудка. В12-дефицитная анемия, средней степени тяжести.

2. Дифференциальный диагноз

с железодефицитной анемией (снижение ЦП ниже 0,8, микроцитоз, сидероцитоз (снижение эритроцитов с гранулами железа, снижение ферритина.), эрозии и язвы ЖКТ, их осложнения (частое применение НПВС, снижение Нб, повышение АЛТ, АСТ, боли в эпигастрии, бледность кожи, нарушение питания, появление мелены или крови в кале, слабость, изменения в ФГДС), опухолевые заболевания (слабость, увеличенные л/у, кровохарканье, каловые кровотечения, похудание, бледность, снижение гемоглобина, КТ изменения, функциональные нарушения органов поражения), гепатит (бледность с желтушным оттенком, увеличение АЛТ и АСТ, ГГТП, ЩФ, СРБ, лейкоцитоз, тромбоцитопения, фибриногена).

3. Методы обследования

Сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр, лабораторные данные (Нб низкий, эритроцитопения, лейкоцитоз, тромбоцитопения, ускоренное СОЭ, В12 в сыворотке, билирубинемия), ОАМ (возможен белок, билирубинурия), пункция костного мозга, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ.

4. Введение в амбулаторных условиях

Полноценное питание, рекомендуется включить в рацион печень, овощи, фрукты, зелень, молоко, сыр, питаться регулярно, тщательно пережевывая пищу. Назначить Цианокабаламин по 1000 мкг в/м в течение 8 недель, под контролем ОАК, БАК, затем 1 раз в неделю до нормализации Нб, затем 1 раз в месяц пожизненно.

5. Диспансерное наблюдение

ДН у терапевта, онколога с контролем ОАК 1 раз в 2 месяца, ЭФГДС 1 раз в 6-12 месяцев

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больная 16 лет, поступила в стационар с жалобами на слабость, головокружение, шум в ушах, кровотечение из десен, носа, матки, кожные кровоизлияния от мелкоточечных до синяков по всему телу. Больна в течение полугода, когда стала отмечать маточные кровотечения по 10-15 дней. Наблюдалась у гинеколога, лечение эффекта не оказало.

Анамнез: ОРВИ 2-3 раза в год, хронический пиелонефрит.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, с множественными высыпаниями на ногах и животе. Синяки различных размеров и свежести по всему телу, кровоизлияния на губах и языке. Кровотечения из десен, носа, матки.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 110 ударов в минуту. АД 85/60 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Размеры печени 10x9x8 см. Размеры селезенки 6x4 см (не выступает

из-под края реберной дуги).

Общий анализ крови: гемоглобин 50г/л, эр 3,0x10¹²/л, ЦП 0,65, ретикулоциты 40%, тромбоциты 10x10⁹, СОЭ 18, лейкоцитарная формула: лей 11,0x10⁹/л, п-3%, с-62%, л-24%, м-6%, морфология: нормоцитоз 4:100, микроцитоз+++, гипохромия+++. Длительность кровотечения по Дьюку – 30 минут, свертываемость 5 минут.

ОАМ: 1016, белок 0,033, ле – 1-2, эритроциты – единичные.

Задача 2.

Больной 20 лет, жалобы на слабость, вялость, снижение работоспособности, увеличение живота, постоянную желтушность кожных покровов и склер с детских лет.

В течение последней недели отмечает усиление желтушности, появление мочи темного цвета, повышение температуры до 37,5, боли в животе, тошноту.

Из анамнеза: ОРВИ 1-2 раза в год, неоднократно обследовался в городской инфекционной больнице с подозрением на острый гепатит. Из членов семьи у отца отмечается постоянная иктеричность склер.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы желтушные, иктеричность склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 92, АД90/60. Живот мягкий безболезненный.

Печень 13x11x9см, селезенка +10 см от края ребра, поверхность гладкая, край острый. ОАК: гемоглобин 65г/л, эр 2,2x10¹²/л, ЦП 0,9, ретикулоциты 260, лей 8x10⁹/л, СОЭ 37мм/час, тромбоциты 270, п5%, с62%, л 28%, м 5%.

Морфология: микросфероцитоз 42%.

Биохимия крови: общий билирубин 65ммоль/л, непрямой 50ммоль/л, АЛТ 1,5, АСТ 1,0.

Задача 3.

Больной 63 лет, жалуется на слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при ходьбе, «ватность» ног, чувство жжения в языке.

Ухудшение самочувствия отмечает за последние полгода.

В анамнезе: ЯБ ДПК, резекция желудка 10 лет назад.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с мягким желтым оттенком. Склеры глаз иктеричны. Язык ярко красный «лакированный». Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, на верхушке мягкий систолический шум. Пульс 100, АД 110/70. Живот мягкий безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

ОАК: гемоглобин 56г/л, эр 2,0x10¹²/л, ЦП 1,3, ретикулоциты 10%, лей 2,5x10⁹/л, лейкоцитарная формула: п5%, с 63%, э 2%, л 25%, м 5%. Морфология нормоцитоз 3:100, макроцитоз +++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +, гиперсегментация нейтрофилов, тельца Жолли в эритроцитах.

Задача 4.

Больная 47 лет, жалобы на слабость, сонливость, головокружение, одышку при физической нагрузке, ломкость ногтей, обильные менструации, желание есть мел.

Последние 3 года наблюдается у гинеколога по поводу миомы матки.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые, сухие. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке функциональный систолический шум. Пульс 96, АД 110/70, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

ОАК: Гемоглобин 69г/л, эр 3,1x10¹²/л, ЦП 0,7, лей 5,3x10⁹/л, СОЭ 5. Тромбоциты 250, с 59%, э 4%, л 36%, м 3%. Морфология клеток: микроцитоз +++, гипохромия +++, анизоцитоз+, пойкилоцитоз +, железо сыворотки крови 4,0 мкмоль/л, ферритин сыворотки крови 30 мкг/л.

Задача 5.

Больной 17 лет, жалуется на появление мелкоточечных кровоизлияний на нижних конечностях, кровоточивость десен, слабость, головокружение.

Болен в течение 3 последних месяцев

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, множественные мелкоточечные кровоизлияния на нижних конечностях, подкожные гематомы разной величины, периферические. л/у и селезенка не увеличены, печень +2см.

ОАК: гемоглобин 73г/л, эр 1,8x10¹²/л, ЦП 1,2, лей 1,8x10⁹/л, лейкоформула: п 2%, с 28%, л 60%, м 10%, тромбоциты 20x10⁹, ретикулоциты 0,5.

Задача 6.

Больная 35 лет, спустя неделю после перенесенной фолликулярной ангины, отметила повторный подъем температуры до 39, резкую слабость, озноб, боли в поясничной области, постоянную тошноту, однократную рвоту, моча цвета темного пива.

Анамнез: перенесла детские инфекции, какие не помнит, хронический тонзиллит.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, с лимонным оттенком, иктеричность склер, в зеве миндалины 3 степени, гиперемия дужек, увеличены подчелюстные л/у до 2,5 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 100, АД 90/60, живот мягкий б/б, печень 12x10x9, селезенка +3 см, отеков нет.

ОАК: 50 г/л, эр 1,8x10¹²/л, ЦП 0,9, ретикулоциты 360%, лейкоциты 11x10⁹/л, Т180, СОЭ 45мм/час, лейкоформула: п 5%, с 62%, л 28%, м 5%.

Б/х крови: общий билирубин 45ммоль/л, непрямой билирубин 37ммоль/л, АЛТ 0,8, АСТ 1,0, пр. Кумбса +++

ОАМ: 1012, белок 0,099г/л, эр единичные, лей 3-4 в п.зр.

Задача 7.

Больной 37 лет, жалуется на слабость, потливость, потерю в весе за последние полгода на 15 кг, чувство тяжести в левом подреберье.

Анамнез: детские инфекции, ОРВИ. Состоит в союзе «Чернобыль», контактен по ионизирующей радиации

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные и чистые, периферические л/у не увеличены, в легких дыхание везикулярное хрипов нет, тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 80, АД 120/80, живот мягкий б/б, печень 16x13x12, селезенка +20.

ОАК: 95 г/л, эр 2,8x10¹²/л, ЦП 0,87, СОЭ 37мм/час, Т 1000, лейкоциты 180x10⁹/л, лейкоформула: п 8%, с 34%, л/ф 3%, м 1%, э 7%, базофилы 9%, миелобласты 1%, промиелоциты 13%, миелоциты 16%, метамиелоциты 13%. Миелограмма: препарат костного мозга повышенной клеточности, с преобладанием созревающих и зрелых клеток гранулоцитарного ряда, миелобласты 4%, увеличено количество эозинофильных и базофильных элементов, а также мегакариоцитов, кариотип: транслокация 9, 22.

Задача 8.

Больная 54 года, жалобы на слабость, головокружение, чувство тяжести в голове, в левом подреберье, кожный зуд после водных процедур.

Анамнез: острая инфекция мочевых путей 3 года назад.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы лица и шеи гиперемированы, инъецированность склер, периферические л/у не увеличены, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 72, АД 190/100, левая граница сердца на 1,5см кнаружи от СКЛ, живот мягкий б/б, печень 11x9x8, селезенка +5см

ОАК: 211 г/л, эр 6,9x10¹²/л, ЦП 0,95 тромбоциты 800, СОЭ 1мм/час. Лейкоцит. формула: п 5%, с 85%, л 6%, м 4%.

Задача 9.

Больной 50 лет, жалобы на резкую слабость, проливные поты по ночам, увеличение л/у на шее и в подмышечных областях,

Анамнез: увеличение л/у 6 месяцев назад, чувствовал себя хорошо, за мед. помощью не обращался.

Объективно: состояние удовлетворительное, питание достаточное, кожные покровы чистые без геморрагий, увеличение всех групп периферических л/у (шейные, подмышечные, паховые) до 2-3см, мягкоэластической консистенции, б/б, не спаяны с кожей, селезенка +10см.

ОАК: 130 г/л, эр 5,0, ЦП 0,9, лей 280, Т 250, С 2%, Лф 96,8%.

Задача 10.

Больная 54 лет, жалобы на боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, боковых отделах грудной клетки.

Анамнез: в течение 20 лет наблюдается у невролога по поводу остеохондроза.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, периферические л/у не увеличены, дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца приглушены ритмичные, ЧСС 88, АД 130/80, живот мягкий б/б печень и селезенка не увеличены.

ОАК: 85 г/л, Эр 2,8x10¹²/л. ЦП 0,99, Т 230, СОЭ 72мм/час, лейкоциты 5,0x10⁹/л, лейкоцитарная формула: п 1%, с 70%, лф 70%, м 3%.

Морфология: анизоцитоз +, пойкилоцитоз +

Сыворотка крови: общий белок 104ммоль/л, альбумины 41%, глобулины – 59%, альфа 1 - 4,3%, альфа

2 - 8,7%, бета - 12,4%, гамма – 34%, М-компонент в области гамма - фракции.

Обзорная рентгенография грудной клетки: легкие и сердце в норме, диффузный остеопороз ребер и ключиц.

4. Задания для групповой работы

Привести варианты заданий для групповой работы.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

1. Этапы оказания медицинской помощи гематологическим больным.
2. Догоспитальный этап лечения, объем оказываемой помощи гематологическим больным.
3. Особенности работы врача гематолога и преемственность в работе с участковым врачом, стационарами, диагностическими центрами.
4. Клиническая характеристика анемического синдрома. Современная классификация анемий. Лабораторная характеристика анемического синдрома. План обследования больных с анемическим синдромом в амбулаторных условиях.
5. Железодефицитные анемии. Диагностические критерии железодефицитных анемий. Причины дефицита железа в организме. Лабораторные показатели при железодефицитной анемии. Лечение. Контроль за эффективностью терапии препаратами железа, ее длительность. Временная нетрудоспособность, критерии длительности. Первичная и вторичная профилактика. Диспансеризация.
6. В12-дефицитная анемия. Причины дефицита витамина В12. Клинические проявления поражения пищеварительной и нервной системы. Изменения гематологических показателей. Критерии диагноза. Течение. Лечение. Прогноз. Временная нетрудоспособность, критерии длительности. Вторичная профилактика. Диспансеризация.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

001. Из перечисленных клеток в нормальном лимфоузле присутствуют:

1. только миелоидные клетки;
2. ВолькоР
2. только В-лимфоциты;
3. только Т-лимфоциты;
4. В-лимфоциты, Т-лимфоциты, а также клетки циркулирующей крови.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

002. К функциям селезенки относятся:

1. выработка антител;
2. секвестрация клеток крови;
3. торможение костномозгового кроветворения;
4. синтез эритропоэтина.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

003. Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют:

1. нейтрофилы;
2. эозинофилы;

- 3. базофилы;
- 4. моноциты.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)

004. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют:

- А) эритроциты:
 - Б) гранулоциты:
 - В) Т-лимфоциты;
 - Г) В-лимфоциты;
 - Д) тромбоциты.
- Ответ: (Г)

005. Антитела следующего класса иммуноглобулинов осуществляют первичный иммунный ответ:

- А) иммуноглобулины G;
 - Б) иммуноглобулины A;
 - В) иммуноглобулины M;
 - Г) иммуноглобулины D;
 - Д) иммуноглобулины E.
- Ответ: (В)

006. Морфологической основой гуморального иммунитета являются:

- А) резкая болезненность;
 - Б) “деревянная“ плотность;
 - В) плотноэластическая консистенция;
 - Г) спаянность с кожей и между собой;
 - Д) мягкие, безболезненные.
- Ответ: (В)

007. Морфологической основой специфического клеточного иммунитета являются:

- А) Т-лимфоциты;
 - Б) В-лимфоциты;
 - В) плазмоциты;
 - Г) макрофаги;
 - Д) эритроциты.
- Ответ: (А)

008. Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза:

- А) резекцией желудка;
 - Б) большим количеством детей (родов);
 - В) нефрэктомией
 - Г) гипосекреторным гастритом;
 - Д) оральной контрацепцией.
- Ответ: (Б)

009. Грифельно-серый цвет кожи характерен для:

- А) эритремии;
 - Б) множественной миеломы;
 - В) болезни Гоше;
 - Г) синдрома Гудпасчера;
 - Д) анемии.
- Ответ: (Г)

010. Синюшная окраска лица, ушей, ладоней характерна для:

- А) эритремии;
- Б) множественной миеломы;
- В) болезни Гоше;
- Г) геморрагического васкулита;
- Д) лимфогрануломатоза.

Ответ: (А)

011. Сине-бурая шелушащаяся папуло-везикулярная сыпь на туловище и конечностях характерна для:

- А) множественной миеломы;
- Б) СПИДа;
- В) геморрагического васкулита;
- Г) системной красной волчанки;
- Д) лимфолейкоза.

Ответ: (Б)

012. Выраженное похудание характерно для:

- А) лимфопролиферативных заболеваний;
- Б) миелоэритроцитарных заболеваний;
- В) болезни Кули;
- Г) мегалобластной анемии;
- Д) геморрагического васкулита.

Ответ: (А)

013. Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания:

- А) макрофаги;
- Б) Т-лимфоциты;
- В) В-лимфоциты;
- Г) плазмциты;
- Д) эритроциты.

Ответ: (В)

014. Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно для:

- А) гемолитических анемий;
- Б) железодефицитных анемий;
- В) множественной миеломы;
- Г) болезни тяжелых цепей;
- Д) мегалобластной анемии.

Ответ: (А)

015. Ярко-красный язык нередко наблюдается при:

- А) амилоидозе;
- Б) тромбоцитопении;
- В) мегалобластной анемии;
- Г) болезни Гоше;
- Д) множественной миеломе.

Ответ: (В)

016. Жалобы на тяжесть в голове и кошмарные сновидения типичны для:

- А) выраженной анемии;
- Б) нейрорлейкоза;
- В) амилоидоза;
- Г) эритремии.

Ответ: (Г)

017. Рецидивирующий Herpes labialis характерен для:

- А) множественной миеломы;

- Б) мегалобластной анемии;
 - В) апластической анемии;
 - Г) лимфопролиферативных заболеваний;
 - Д) железодефицитной анемии.
- Ответ: (Г)

018. При замедлении СОЭ (менее 3 мм/ч) следует думать о:

- А) криоглобулинемии;
 - Б) болезни Гоше;
 - В) эритроцитозе;
 - Г) талассемии;
 - Д) железодефицитной анемии.
- Ответ: (В)

019. Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно для:

- А) внутриклеточного гемолиза;
 - Б) внутрисосудистого гемолиза;
 - В) терминальной стадии хронической почечной недостаточности;
 - Г) геморрагического цистита как осложнения терапии циклофосфаном;
 - Д) талассемии.
- Ответ: (Б)

020. Пункцию лимфатического узла целесообразно использовать для:

- А) установления варианта лимфогранулематоза;
 - Б) диагностики лимфаденитов;
 - В) установления цитохимического варианта острого лейкоза;
 - Г) диагностики метастазов рака;
 - Д) уточнения клеточного состава лимфатического узла.
- Ответ: (Г)

021. Внутривенная урография противопоказана при:

- А) апластической анемии;
 - Б) синдроме Гудпасчера;
 - В) множественной миеломе;
 - Г) эритремии;
 - Д) лимфогранулематозе.
- Ответ: (В)

022. Факторами, вызывающими мутации генов, являются:

1. инфракрасное излучение;
2. ионизирующее излучение;
3. тяжелые металлы;
4. алкилирующие химические препараты.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (В)

023. В основе патогенеза СПИДа лежит:

1. паралич фагоцитарной активности;
2. прогрессирующее снижение уровня CD-8 клеток;
3. депрессия IgM;
4. прогрессирующее снижение уровня CD-4 клеток.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 - В) - если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) - если правильный ответ 4;
 - Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Г)

024. Типичные проявления СПИДа:

1. исхудание, лихорадка
2. депрессия;
3. головная боль;
4. нарушение мозгового кровообращения.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 - В) - если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) - если правильный ответ 4;
 - Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)

025. Диагностика СПИДа основывается:

- А) на данных клинической картины;
 - Б) на бактериологическом исследовании испражнений;
 - В) на результатах посева крови;
 - Г) на иммунохимическом исследовании
 - Д) на исследовании субвариантов лимфоцитов.
- Ответ: (Д)

026. Группа крови по системе АВО устанавливается:

1. только по результатам реакции агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами
2. только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов с сывороткой исследуемой крови;
3. по результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке;
4. по результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Г)

027. При определении группы крови по системе АВО используются:

1. непрямой антиглобулиновый метод;
2. конгломинация с желатином;
3. Конгломинация с альбумином;
4. реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Г)

028. Проба на индивидуальную совместимость донора и реципиента проводится:

1. для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и резус-фактору.
2. для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО;
3. для выявления аутосенсibilизации эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора;
4. для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

029. С помощью прямой пробы Кумбса выявляют:

1. сенсibilизацию эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе;
2. С-реактивный белок;
3. аутоиммунные неполные антиэритроцитарные антитела;
4. ревматоидный фактор и иммунные комплексы при системной красной волчанке.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

030. Непрямая проба Кумбса применяется для выявления:

1. сенсibilизации эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе
2. аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител;
3. антигенов эритроцитов при типировании крови взамен изогемагглютинирующих сывороток;
4. иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента и слабых резус-антигенов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

031. Ионизирующая радиация имеет основное причинное значение при:

- А) хроническом лимфолейкозе;
- Б) лимфосаркоме;
- В) лимфогранулематозе;
- Г) остром миелобластном лейкозе;
- Д) множественной миеломе.

Ответ: (Г)

032. Классификация лейкозов основана на:

- А) клинической картине заболевания;
- Б) анамнестических данных;
- В) степени зрелости клеточного субстрата заболевания;
- Г) продолжительности жизни больного;
- Д) эффективности проводимой терапии.

Ответ: (В)

033. Решающее отличие злокачественной опухоли от доброкачественной состоит в:

- А) темпе увеличения массы опухоли;
- Б) секреции аномальных белков;

- В) наличии метастазов;
 - Г) наличии опухолевой прогрессии;
 - Д) увеличении СОЭ.
- Ответ: (Г)

034. При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:

- А) биопсию лимфоузла;
- Б) стерильную пункцию;
- В) пункцию селезенки;
- Г) подсчет ретикулоцитов;
- Д) УЗИ печени и селезенки.

Ответ: (Б)

035. В основе подразделения лейкозов на острые и хронические лежит:

- А) Характер течения заболевания;
- Б) возраст больных;
- В) степень угнетения нормальных ростков кроветворения;
- Г) степень анаплазии элементов кроветворной ткани;
- Д) продолжительности заболевания.

Ответ: (Г)

036. Понятие «опухолевая прогрессия лейкозов» означает:

- 1. более злокачественное течение;
- 2. прогрессирование процесса;
- 3. появление новых автономных более патологических клонов клеток;
- 4. снижение количества эритроцитов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

037. Некротическая энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется:

- 1. высокой лихорадкой
- 2. диареей;
- 3. шумом плеска и урчанием при пальпации в илеоцекальной области;
- 4. развитием на фоне агранулоцитоза.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

038. Характерными особенностями периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии заболевания являются:

- 1. сдвиг формулы крови влево до метамиелоцитов
- 2. увеличение числа лимфоцитов
- 3. базофильноэозинофильная ассоциация;
- 4. появление клеток типа плазмобластов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Б)

039. Нормальная картина пунктата костного мозга при подозрении на множественную миелому:

1. исключает полностью диагноз заболевания;
2. исключает диагноз полностью при отсутствии других симптомов заболевания;
3. исключает диагноз только при достаточном количестве в пунктате миелокариоцитов
4. не исключает полностью диагноз заболевания.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Г)

040. Из перечисленных симптомов для множественной миеломы не характерны:

1. снижение концентрационной способности почек и гиперкальциемия
2. похудание;
3. костные боли и полинейропатия;
4. повышение температуры тела.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (В)

041. Режим больных с множественной миеломой предполагает:

1. ношение корсета;
2. максимальную физическую активность;
3. лечебную физкультуру;
4. ограничение движений.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Б)

042. Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются:

- А) исследования крови (гемограмма, биохимическое исследование);
- Б) микроскопическое исследование лимфоидной ткани;
- В) сцинтиграфия;
- Г) лимфография;
- Д) компьютерная и ЯМР-томография.

Ответ: (Б)

043. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен:

1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости;
2. тромбоцитозом;
3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов;
4. активацией плазменного гемостаза.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (А)

044. Парпротеинемические гемобластозы характеризуются:

1. происхождением из В- лимфоцитов;
2. происхождением из Т-лимфоцитов;
3. секрецией моноклональных иммуноглобулинов;
4. высокой эозинофилией.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

045. Наиболее частым клиническим признаком сублейкемического миелоза является:

- А) спленомегалия;
Б) анемический синдром;
В) портальная гипертензия;
Г) тромботические осложнения;
Д) прогрессирующее похудание.
Ответ: (А)

046. Основное количество железа в организме человека всасывается:

- А) в желудке;
Б) в нисходящем отделе ободочной кишки;
В) в двенадцатиперстной и тощей кишках;
Г) в подвздошной кишке;
Д) в слепой кишке.
Ответ: (В)

047. Железо всасывается лучше всего:

- А) в форме ферритина;
Б) в форме гемосидерина;
В) в форме гема;
Г) в виде свободного трехвалентного железа;
Д) в виде свободного двухвалентного железа.
Ответ: (В)

048. За сутки железа может всосаться не более:

- А) 0,5-1,0 мг;
Б) 2,0-2,5 мг;
В) 4,0-4,5 мг;
Г) 10,0-12,01 мг;
Д) 7,0-8,0 мг.
Ответ: (Б)

049. Причиной железо дефицитной анемии у женщин могут быть:

1. обильные и длительные менструальные кровопотери;
2. болезнь Рандю-Ослера;
3. Зemorройл
3. геморрой;
4. опухоли желудочно-кишечного тракта.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)

050. Самой частой причиной железодефицитной анемии у мужчин является:

- А) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта;
- Б) глиомные опухоли;
- В) алкогольный гепатит;
- Г) гематурическая форма гломерулонефрита
- Д) рак почки.

Ответ: (А)

051. Среди методов выявления потери крови через желудочно-кишечный тракт самым информативным является:

- А) проба Грегерсена;
- Б) проба Вебера;
- В) определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома;
- Г) определение уровня железа в кале;
- Д) фиброгастроскопия.

Ответ: (В)

052. В случае обнаружения у донора крови дефицита железа следует:

- А) включить в его рацион орехи, икру, гранаты, морковь; -
- Б) рекомендовать ему съедать в течение полугода по 1 кг яблок ежедневно;
- В) перелить тщательно подобранную эритроцитарную массу;
- Г) назначить ему на длительный срок препараты железа перорально;
- Д) назначить ему препараты железа перорально в течение 14 дней.

Ответ: (Г)

053. Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть:

1. гиперволемиа;
2. многоплодная беременность;
3. несовместимость с мужем по системе АВО;
4. имевшийся ранее латентный дефицит железа,

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

054. Типичными ошибками при определении содержания железа в сыворотке крови являются:

1. использование обычной лабораторной посуды и однократно перегнанной дистиллированной воды;
2. использование дважды перегнанной дистиллированной воды;
3. осуществление исследования в период лечения препаратами железа;
4. осуществление исследования спустя неделю после последнего приема препарат железа.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

055. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся:

1. к своевременному переливанию цельной крови;
 2. к ликвидации причины железодефицита, т. е. источника кровотечения – язвы, опухоли, воспаления, если это возможно;
 3. к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно
 4. к назначению препаратов железа перорально на длительный срок.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (В)

056. Для лечения дефицита железа следует назначить:

- А) препараты железа внутривенно в сочетании в мясной диетой;
Б) препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В внутримышечно;
В) регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой;
Г) препараты железа внутрь на длительный срок;
Д) препараты железа внутрь курсами по 3 месяца два раза в год.
- Ответ: (Г)

057. Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует:

- А) принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью;
Б) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь;
В) перелить эритроцитарную массу перед родами;
Г) сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum Lek;
Д) сочетать пероральный и внутривенный прием препаратов железа до родов.
- Ответ: (А)

058. Характерным клиническим проявлением свинцовой интоксикации является:

- А) желтуха;
Б) серая кайма на деснах;
В) кровь в кале;
Г) почечная колика;
Д) гепатомегалия.
- Ответ: (Б)

059. Характерным признаком анемии, связанной со свинцовой интоксикацией, служит:

- А) гиперхромия эритроцитов;
Б) высокий ретикулоцитоз;
В) базофильная пунктация эритроцитов;
Г) появление шизоцитов;
Д) сочетание с эозинофилией.
- Ответ: (В)

060. При свинцовом отравлении назначают:

1. плазмаферез;
2. гипотензивные и мочегонные средства;
3. комплексоны;
4. соли калия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Б)

061. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии:

- А) гиперхромия эритроцитов;
 - Б) микроцитоз эритроцитов;
 - В) глюкозурия;
 - Г) гиперурикемия;
 - Д) лейкоцитоз.
- Ответ: (А)

062. Наиболее вероятной причиной глубокой гиперхромной анемии может являться:

- А) алкоголизм и недоедание;
 - Б) кровопотери;
 - В) злоупотребление табаком;
 - Г) цирроз печени;
 - Д) хронический гепатит.
- Ответ: (А)

063. В12-дефицитная анемия после гастрэктомии развивается через:

- А) 1 месяц;
 - Б) 2-3 года;
 - В) 5 лет;
 - Г) неделю;
 - Д) 6 месяцев.
- Ответ: (Б)

064. Характерная жалоба больного В12-дефицитной анемией:

- А) хромота;
 - Б) боли за грудиной;
 - В) жжение языка;
 - Г) близорукость;
 - Д) тошнота.
- Ответ: (В)

065. Характерным признаком В12-дефицитной анемии является:

- А) гипертромбоцитоз;
 - Б) лейкоцитоз;
 - В) увеличение СОЭ;
 - Г) высокий цветной показатель;
 - Д) лимфоцитоз.
- Ответ: (Г)

066. Больного В12-дефицитной анемией следует лечить:

- А) всю жизнь;
 - Б) до нормализации уровня гемоглобина;
 - В) 1 год;
 - Г) 3 месяца;
 - Д) курсами по три месяца два раза в год.
- Ответ: (А)

067. Среди гемолитических анемий различают:

1. наследственные;
2. приобретенные;
3. симптоматические;
4. идиопатические.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

068. Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение:

1. инфаркта миокарда;
2. диффузных болезней соединительной ткани,
3. острой пневмонии;
4. лимфопролиферативного синдрома.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

069. Этиологическими факторами цитостатической болезни являются:

1. альфа-радиация;
 2. альфа- и бета-лучи;
 3. антиметаболиты;
 4. глюкокортикостероиды
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

070. К типичным инфекционным осложнениям цитостатической болезни относятся:

1. флебиты;
2. пневмонии;
3. грибковый сепсис;
4. милиарный туберкулез.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

071. У больного апластической анемией:

1. печень и селезенка не увеличены;
2. печень и селезенка увеличены;
3. лимфоузлы не пальпируются;
4. лимфатические узлы увеличены.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

072. К методам исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза относятся:

- А) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ);
Б) определение протромбинового времени;
В) проба Айви;
Г) определение тромбинового времени;

Д) определение уровня фибронектина.

Ответ: (В)

073. К методам исследования резистентности микрососудов относятся:

А) проба Кончаловского;

Б) проба Дьюка;

В) определение времени по Ли-Уайту;

Г) определение времени Квика (протромбинового времени);

Д) определение свертывания крови с ядом эфы.

Ответ: (А)

074. К антикоагулянтам прямого действия относится:

А) фенилин;

Б) гепарин;

В) свежемороженая плазма;

Г) тиклид;

Д) аминокaproновая кислота.

Ответ: (Б)

075. К антикоагулянтам непрямого действия относятся:

А) фенилин;

Б) гепарин;

В) свежемороженая плазма;

Г) тиклид;

Д) аминокaproновая кислота.

Ответ: (А)

076. К антиагрегантам относятся:

А) фенилин;

Б) гепарин;

В) тиклид;

Г) аминокaproновая кислота;

Д) ксантинол-никотинат.

Ответ: (В)

077. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся:

А) гепарин;

Б) рекомбинантный антитромбин III;

В) аминокaproновая кислота;

Г) тиклид;

Д) фибринолизин.

Ответ: (В)

078. При гемофилии А наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови:

А) X;

Б) IX

*В) VIII;

Г) VII;

Д) V.

Ответ: (В)

079. При гемофилии В наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови:

А) X;

Б) IX

В) VIII;

Г) VII

Д) V.

Ответ: (Б)

080. Геморрагическому васкулиту (болезни Шенлейна-Геноха) свойственно:

1. развитие заболевания после перенесенной стрептококковой или вирусной инфекции;
2. наличие антитромбоцитарных антител;
3. упорное течение со смешанной криоглобулинемией, в том числе с ревматоидным фактором, с холдовой крапивницей и отеком Квинке, синдромом Рейно
4. развитие артериальных и венозных тромбозов, тромбоцитопения, ложно-положительная реакция Вассермана, синтез антител к ДНК.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

081. Для узловой эритемы характерно:

1. фибриноидное изменение стенок сосудов подкожной клетчатки;
2. аллергический микротромбоваскулит с поражением суставов, почек, мезентериальных сосудов;
3. типичная локализация на коже передне-боковой поверхности голени, бедер и ягодиц;
4. развитие на фоне саркоидоза, туберкулеза, диффузных заболеваний соединительной ткани.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

082. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром:

1. терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования;
2. диагностировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки;
3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции — продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РфМК);
4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

083. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на:

1. положительных этаноловом, протаминсульфатном, бета-нафтоловом и клампинг-тестах
2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов;
3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда;
4. гиперфибриногенемии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

084. Основные принципы профилактики и лечения ДВС-синдрома сводятся к:

1. рациональному применению антибиотиков при септических состояниях;
2. снижению травматичности вмешательств;
3. предупреждению преждевременной отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами;
4. рациональной терапии фибринолитическими средствами, прямыми и непрямыми антикоагулянтами.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)

085. При лечении свежемороженой плазмой необходимо придерживаться следующих принципов:

1. вводить свежемороженную плазму внутривенно, медленно, капельно;
2. вводить свежемороженную плазму внутривенно, струйно под контролем центрального венозного давления, до 2000 мл/сут;
3. размороженную и неиспользованную свежемороженную плазму можно заморозить вновь и в дальнейшем вводить больному при необходимости;
4. использование гепарина в комплексе со свежемороженой плазмой должно осуществляться под контролем уровня физиологических антикоагулянтов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (В)

086. Диагностика тромбофилических состояний основывается на:

1. исследовании скорости эритроцитарного оседания;
2. выявлении волчаночного антикоагулянта;
3. исследовании уровня физиологических антикоагулянтов;
4. исследовании ристоминин-зависимой агрегации тромбоцитов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)

087. Решающим признаком лейкомоидных реакций является:

1. непродолжительность;
2. прогрессирующее течение;
3. спонтанное выздоровление;
4. доброкачественность течения.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Г)

088. Сдвиг до промиелоцитов может наблюдаться при:

1. сепсисе;
2. остром лейкозе;
3. синдроме Лайелла (эпидермальном токсическом некролизе);
4. остром воздействии радиации.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (А)

089. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при паразитарных болезнях, может составлять:

- А) 10-12%;
Б) 20-40%;
В) 40-60%;
Г) 60-80%;
Д) 90%.

Ответ: (В)

090. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при гемобластозах, может составлять:

- А) 10-12%;
Б) 20-40%;
В) 40-60%;
Г) 60-80%;
Д) 90%.

Ответ: (Г)

091. Небольшую цитопению могут вызвать:

- А) сульфаниламиды;
Б) мерказолил;
В) миорелаксанты;
Г) антибиотики;
Д) мочегонные.

Ответ: (Б)

092. Причиной анемической комы могут быть:

1. аутоиммунные гемолитические анемии;
2. дизэритропоэтическая анемия;
3. В2-дефицитная анемия;
4. лимфогранулематоз.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

093. Клиническими симптомами анемической комы являются:

1. отеки;
2. тахикардия;
3. белтушностьР:ожик
3. желтушность кожи;
4. снижение артериального давления.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 - В) - если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) - если правильный ответ 4;
 - Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Г)

094. Первостепенным вмешательством при анемической коме независимо от ее этиологии является:

1. трансфузия свежезамороженной плазмы;
2. трансфузия коллоидов;
3. назначение стероидов;
4. переливание эритроцитной массы.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 - В) - если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) - если правильный ответ 4;
 - Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Г)

095. Клинические проявления ДВС-синдрома:

1. геморрагический синдром ангиоматозного типа;
2. геморрагический синдром гематомно-петехиального типа;
3. геморрагический синдром петехиально-синячкового типа;
4. признаки тромбозов.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 - В) - если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) - если правильный ответ 4;
 - Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (В)

096. Состояние гемостаза при ДВС-синдроме характеризуется:

1. признаками гипо- или гиперкоагуляции с наличием продуктов деградации фибриногена-фибрина и истощением фибринолиза;
2. гипертромбоцитозом;
3. тромбоцитопенией и дефицитом фибриногена;
4. отсутствием ристомипин-агглютинации тромбоцитов и истощением фибронектина.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 - В) - если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) - если правильный ответ 4;
 - Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Б)

097. В лечении ДВС-синдрома используются:

1. аминокaproновая кислота и фенилин;
2. свежезамороженная плазма;
3. стрептокиназа;
4. гепарин.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 - В) - если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) - если правильный ответ 4;
 - Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (В)

098. Ведущими критериями диагностики геморрагических васкулитов являются:

1. особенности клинической картины;
2. общий анализ крови и коагулограмма;
3. результаты гистологического исследования кожи;
4. уровень иммунных комплексов в крови.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

099. Острым агранулоцитозом называется состояние, характеризующееся:

- А) быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже $0,7 \times 10^9/\text{л}$;
Б) быстрым снижением, числа гранулоцитов в крови ниже $1,0 \times 10^9/\text{л}$;
В) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже $20 \times 10^9/\text{л}$;
Г) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже $5 \times 10^9/\text{л}$;
Д) быстрым снижением числа моноцитов в крови ниже $0,05 \times 10^9/\text{л}$.
Ответ: (А)

100. Основными патогенетическими моментами острого агранулоцитоза являются:

1. повышенное разрушение гранулоцитов за счет иммунных механизмов;
2. появление иммунных комплексов и реакинов в крови;
3. нарушение продукции гранулоцитарного ростка в костном мозге за счет иммунного или иного механизма;
4. вирусная инфекция.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

101. Клиническая картина острого агранулоцитоза включает:

1. слабость;
2. лихорадку;
3. инфекционный процесс;
4. геморрагический синдром петехиального или гематомного типа.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (А)

102. Для подтверждения диагноза агранулоцитозов применяют следующие методы исследования:

1. лимфографию;
2. стерильную пункцию;
3. компьютерную томографию;
4. трепанобиопсию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (В)

103. Профилактика осложнений цитостатической болезни включает:

1. стерилизацию кишечника;
2. плазмаферез;
3. назначение антибиотиков;
4. назначение иммуномодуляторов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

104. Острыми тромбоцитопениями называют состояния, при которых число тромбоцитов в крови быстро снижается:

- А) до $20 \cdot 10^9/\text{л}$;
Б) до $50 \cdot 10^9/\text{л}$;
В) до $100 \cdot 10^9/\text{л}$;
Г) до $150 \cdot 10^9/\text{л}$;
Д) до $190 \cdot 10^9/\text{л}$ и ниже.
Ответ: (Г)

105. Этиологическим фактором развития острой тромбоцитопении является:

- А) появление иммунных комплексов в крови;
Б) появление аутоантител к тромбоцитам и гаптена в крови и фиксация его на поверхности тромбоцитов;
В) микробная инфекция;
Г) вирусная инфекция;
Д) переохлаждение.
Ответ: (Б)

106. В развитии острой аплазии костного мозга имеет значение:

- А) прямое иммунное разрушение гемопоэтических структур и цитостатическое подавление гемопоэза;
Б) гиперплазия тромбоцитарного ростка;
В) ДВС-синдром;
Г) иммунокомплексный синдром;
Д) голодание.
Ответ: (А)

107. Проявлениями острой аплазии костного мозга может быть:

1. анемический, геморрагический и лихорадочный синдромы;
2. панцитопения с отсутствием ретикулоцитов (в крови);
3. картина «жирового костного мозга» “ при исследовании биоптата костного мозга;
4. картина лимфопролиферации при исследовании костного мозга одновременно с наличием мегакариоцитов и повышенного числа лимфоцитов в периферической крови.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (А)

108. Гемолитический криз может развиваться при:

1. аутоиммунной гемолитической анемии;
2. хроническом лимфолейкозе;
3. ферментопатии эритроцитов;
4. аплазии костного мозга.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (А)

109. К клиническим признакам гемолитического криза относятся:

1. потемнение мочи;
2. отеки;
3. сухость во рту;
4. желтушность кожи.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Г)

110. Результатами лабораторных исследований, подтверждающих гемолитический криз, являются:

- 1 ретикулоцитоз;
2. повышение уровня непрямого билирубина в крови;
3. снижение гематокрита;
4. снижение уровня сывороточного железа.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

111. Инструкция по медицинскому освидетельствованию доноров крови плазмы, крови (от 16.11.1998 г.) к абсолютным противопоказаниям к донорству крови и её компонентов относит следующие заболевания:

1. носительство ВИЧ, СПИД, сифилис, туберкулез;
2. бруцеллёз, сыпной тиф, туляремия, лепра;
3. вирусные гепатиты, положительный результат исследования на поверхностный антиген вируса гепатита В, антитела к вирусу гепатита С;
4. аллергические заболевания.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Д)

112. У больных с тромбоцитопенической кровоточивостью переливание тромбоцитов не показано при:

- 1 идиопатической аутоиммунной тромбоцитопении;
2. тромботической тромбоцитопенической пурпуре;

3. посттрансфузионной тромбоцитопенической пурпуре
4. гепаринзависимой тромбоцитопении.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)

113. Переливание концентрата тромбоцитов считается эффективным, если:

1. наблюдается прирост количества тромбоцитов у реципиента через час после трансфузии и сохраняется в течение суток;
2. прекращается спонтанная кровоточивость;
3. отсутствуют свежие гемorragии;
4. уменьшается длительность кровотечения.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)

114. Для снижения риска посттрансфузионных осложнений необходимо:

1. введение безвозмездного донорства;
2. соблюдение принципа «один донор — один больной»
3. принцип информированного согласия пациента о возможных посттрансфузионных осложнениях;
4. обучение, контроль, самоконтроль медперсонала по соблюдению строгих, показаний для переливания крови и её компонентов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)

115. Наиболее вероятной причиной В12-дефицитной анемии может являться:

1. катаракта;
2. инвазия острицами;
3. язвенная болезнь желудка
4. инвазия широким лентецом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Г)

116. Из перечисленных факторов влияние на повышение СОЭ может оказать:

1. увеличение содержания фибриногена в крови
2. увеличение количества глобулинов в крови
3. увеличение альбуминов в крови
4. СвеличениеР:оличестваРмитроцитовР2Р:ровиР
5. СвеличениеРбелчныхР:ислотР2Р:ровиЙ
4. увеличение количества эритроцитов в крови

5. увеличение желчных кислот в крови

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (А)

Выбрать один правильный ответ.

117. В каком из перечисленных ниже препаратов содержится наибольшее количество двухвалентного железа:

- а) феррокаль; г) ви-фер;
- б) ферроцерон; д) ферроградумент;
- в) ферроплекс; е) тардиферон.

Ответ: открытого типа

А-тип.

Выбрать правильный ответ.

118. В течение какого времени поликлиника может продлить больничный лист больному с гемолитической болезнью:

- а) до месяца;
- б) до выздоровления;
- в) до 4 месяцев;
- г) не более 10 месяцев.

Ответ: (г)

К-тип.

Выберите правильное сочетание ответов.

119. Больной ИБС: (постинфарктный кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения) с сопутствующей артериальной гипотонией (АД 90/60 мм.рт.ст.) и хроническим обструктивным бронхитом, принимающий нитросорбид 40 мг/сут и курантил 75 мг/сут, отмечает учащение за последнюю неделю приступов стенокардии, уменьшение переносимости физических нагрузок, значительное увеличение потребности в нитроглицерине. В клиническом АК - макроцитарная анемия (гемоглобин 80 г/л), лейкопения, тромбоцитопения, гиперсегментация нейтрофилов. От стеральной пункции больной отказался.

1. Диагноз?

- а) прогрессирующая стенокардия
- б) железодефицитная анемия II степени
- в) В12-дефицитная анемия
- г) гипопластическая анемия
- д) талассемия

Ответ: (а, в).

2. Имеются ли в настоящее время показания к госпитализации?

- а) да
- б) нет

Ответ: (а).

Р-тип.

Для больного подберите наиболее вероятный диагноз.

120. У мужчины 23 лет в течение последних месяцев отмечаются нарастающая слабость, кровоточивость (кожные геморрагии, носовое кровотечение), субфебрильная температура. Лимфатические узлы, печень, селезенка не увеличены. Клинический анализ крови: гемоглобин 50г/л, эритроциты $1,5 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - 1,8 тыс., палочкоядерных - 1%, сегментоядерных - 60%, эозинофилов - 3%, лимфоцитов - 26%, моноцитов - 10%, тромбоцитов - 50 тыс., СОЭ - 80 мм/ч.

1. Вероятный диагноз?

- а) острый лейкоз

- б) апластическая анемия
- в) железодефицитная анемия
- г) гемолитическая анемия
- д) В12-дефицитная анемия

Ответ: (б).

2. Какие исследования из перечисленных являются наиболее важными для установления диагноза?

- а) стерильная пункция
- б) определение содержания железа в сыворотке крови
- в) проба Кумбса
- г) десфераловый тест
- д) определение осмотической стойкости эритроцитов

Ответ: (а).

4) *Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.*

Задача 1

Больной У., 5 лет.

Поступил в стационар с жалобами на периодические боли в животе, появление геморрагической сыпи на ногах за 6 дней до госпитализации.

При осмотре на коже нижних конечностей, ягодиц, а также на предплечьях, локтях папулезная сыпь, красно-багрового цвета, с диаметром элементов 3-5 мм, местами сливная, некоторые элементы с некрозом в центре. Слизистые чистые. Периферические лимфоузлы мелкие, безболезненные. Суставы без видимых изменений. В легких дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, дизурии нет, моча светлая. Стул оформлен.

Общий анализ крови: Нв 146 г/л, Эр $4,3 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $310 \times 10^9/л$, лейкоциты $15 \times 10^9/л$, п/я 3%, с/я 85%, эозинофилы 1%, лимфоциты 3%, моноциты 8%, СОЭ 7 мм/ч.

Биохимия крови: АлАт 0,4 мккат/л, АсАт 0,4 мккат/л, ЛДГ 5,4 мккат/л, Ед/л, амилаза 2,2 мккат/л, билирубин 10 мкмоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 50 мкмоль/л, гаптоглобин 12 ммоль/л, СРБ отрицательный, ферритин 130 нг/мл, миоглобин 1/8, ревматоидный фактор отрицат.

Протеинограмма: общий белок 84 г/л, альбумины 53%, глобулины: (1 3,5%, (2 12%, (14%, (17%.

Коагулограмма: АЧТВ 25 с, фибриноген 3,8 г/л, о-фенантролиновый тест 8 мг%.

Антитела к *Chlamidia trachomatis* IgG отрицат., *Chlamidia pneumoniae* и *psittaci* - IgM и IgG отрицательные.

ЛЕ- клетки не обнаружены.

Общие анализы мочи в динамике – периодически эритроциты до 1-2 в поле зрения, в остальном без патологии.

Проба Нечипоренко: эритроциты 32000/мл, лейкоциты 1000.

Посев мочи на флору - роста нет.

Проба Зимницкого с определением белка - колебания удельного веса 1011-1025, экскреция белка – 0,063 г/сут.

УЗИ брюшной полости: пиелокаликотекстоз слева до 16 мм, расширение полости синусов, тотальное расширение всех групп чашечек до 8,5мм.

Рентгенограмма грудной клетки - патологии не выявлено.

Проба Манту - отрицательная.

Осмотр окулиста: патологии на глазном дне не обнаружено.

Вопросы:

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Патогенез данного заболевания?
3. Развитие каких осложнений возможно у данного больного?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить диффдиагноз?
5. Необходимо ли проведение дополнительных методов исследования? Каких?
6. В консультациях каких специалистов нуждается больной?
7. Тактика ведения пациента в условиях ОВП.

Задача 2

Больная В., 5 лет.

В анамнезе за 3 дня до данного заболевания отмечались боли в ухе, получала амбулаторно флемоксин, капли ципролет в ухо. Через 3 дня отметили появление сыпи на коже и слизистых, а также кровянистые

выделения из половых путей. В амбулаторном анализе крови тромбоциты $12 \times 10^9/\text{л}$.

При поступлении в стационар на коже геморрагическая сыпь в виде петехий и экхимозов. Лимфоузлы множественные мелкие. В легких дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 84 в минуту, АД 90/60 мм рт ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме.

Анализ крови общий: Нб 128 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $8 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $8 \times 10^9/\text{л}$, п/я 5%, с/я 30%, эозинофилы 10%, лимфоциты 49%, моноциты 6%, СОЭ 10 мм/ч.

Биохимия крови: АлАт 0,37 мккат/л, АсАт 0,4 мккат/л, амилаза 1,2 мккат/л, билирубин 15 мкмоль/л, мочевины 4,6 ммоль/л, креатинин 50 мкмоль/л, гаптоглобин 13 ммоль/л.

Протеинограмма: общий белок 77 г/л, альбумины 51%, глобулины: (1 3,5%, (2 12,4%, (15%, (17,9 %.

Миелограмма: миелокарициты $45 \times 10^9/\text{л}$, бласты 2,6%, лимфоциты 19%, соотношение лейко/эритро=5/1, гранулоцитарный, красный ростки представлены удовлетворительно, созревание не нарушено. Мегакарициты встречаются единичные при обзоре мазка, с отшнуровкой пластинок не встретились.

Иммуноглобулины- IgG 26 г/л, IgA 1,7 г/л, IgM 2,1 г/л, ЦИК 21 ед/мл. Ревматоидный фактор отрицательный, миоглобин 1/8.

Антитела к денатурированной ДНК класса IgG не обнаружены.

Антитела: к хламидиям *Chlamidia psittaci*, *pneumoniae* IgG и IgM, *trachomatis* IgG, *Mycoplasma hominis* IgG – отрицательные.

ЛЕ- клетки не обнаружены.

Общий анализ мочи – норма.

Посев мочи: роста нет

УЗИ брюшной полости: пиелэктазия справа до 9 мм.

Осмотр окулиста: патологии на глазном дне не обнаружено.

Осмотр гинеколога: хронический атропический вульвовагинит, частичные синехии вульвы.

Перед выпиской общее самочувствие не нарушено, по органам без динамики.

Анализ крови общий: Нб 131 г/л, эритроциты $4,1 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $208 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $7,9 \times 10^9/\text{л}$, п/я 4%, с/я 43%, эозинофилы 3%, лимфоциты 33%, моноциты 16%, СОЭ 21 мм/ч.

Вопросы:

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Патогенез данного заболевания?
3. Развитие каких осложнений было возможно у данного ребенка?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифдиагноз?
5. Необходимо ли проведение дополнительных методов исследования? Каких?
6. Назначьте лечение данному больному.
7. Составьте план диспансерного наблюдения и оцените прогноз заболевания.

Задача №3

Больная А., 4 года.

Заболела остро. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожа с обильной геморрагической сыпью от 0,2 до 1,0 см в диаметре, сыпь местами сливная, ярко-розовая и вишневая с синюшным оттенком, элементы несколько возвышаются над поверхностью кожи. Голеностопные, локтевые, коленные суставы отечны. Слизистые чистые. Лимфоузлы шейные, подмышечные до 1,0 см. В легких дыхание везикулярное, ЧД 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные, отчетливые, ЧСС 96 в минуту, АД 95/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Диурез достаточный, моча светлая. Стул оформлен, регулярный.

Общий анализ кров: Нб 115 г/л, Ег $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $287,0 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $10,0 \times 10^9/\text{л}$, п/я 2%, с/я 71%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, СОЭ 28 мм/ч.

Коагулограмма: АВР 60сек, АчТВ 46 сек, ТВ 26 сек, ПИ 100%, фибриноген 4,76 г/л, этан. тест +, офенантролиновый тест 11,0 мг%, АТ III 87%.

Биохимия крови: АлАТ 0,24 мккат/л, АсАТ 1,91 мккат/л, ЛДГ 8,2 мкат/л, билирубин 12,0 мкмоль/л, креатинин 76 мкмоль/л, мочевины 5,35 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л.

Протеинограмма: общий белок 57,8 г/л, альбумины 56,6 г/л, глобулины (1 2,9%, (2 8,3%, β 14,24%, γ 18,6%.

НbsAg, антитела к HCV не обнаружены.

Иммунограмма: IgG 14,0 г/л, IgA 3,0 г/л, IgM 1,25 г/л, лизоцим 20%, ревматоидный фактор-отрицательный.

Антитела к иерсиниям не обнаружены.

ЛЕ клетки не обнаружены

Антитела к нативной ДНК - отрицательные.
Антитела к *Chlamydia pneumoniae*, *psittaci*, *trachomatis*-отрицательные.
Антитела к *Mycoplasma hominis* – отрицательные.
Общий анализ мочи без патологии.
УЗИ брюшной полости, почек: без патологии.
ЭхоКГ: признаки ложной кривой хорды полости левого желудочка. Умеренная гипертрофия МЖП.
Рентгенограмма грудной клетки: без патологии.
Окулист: патологии на глазном дне не обнаружено.

При выписке состояние удовлетворительное. Общее самочувствие не нарушено. Кожа и слизистые чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, отчетливые. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформлен.

Вопросы:

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Патогенез данного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифдиагноз?
4. В консультациях каких специалистов нуждается больная?
5. Назначьте лечение.
6. Определите прогноз заболевания.

Рекомендуемая литература:

11. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.
12. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.
Дополнительная:
18. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

Раздел «Внутренние болезни».

Подраздел 1. Болезни опорно-двигательного аппарата и ревматические заболевания.

Тема 1 «Основные симптомы и синдромы поражения опорно-двигательного аппарата, включая ревматические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП»;

Тема 2 «Основные ревматические заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику»;

Тема 3 «Основные скелетно-мышечные заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику»;

Тема 4 «Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний суставов в ОВП».

Цель: к концу обучения раздела «Болезни опорно-двигательного аппарата и ревматические заболевания» врач должен приобрести знания, навыки и отношения для эффективного оказания соответствующей помощи пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями в разные возрастные периоды.

Задачи:

1. Обучить проведению полного клинического обследования пациентов ревматическими и скелетно-мышечными заболеваниями в условиях ОВП.

2. Рассмотреть распространенность основных заболеваний в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.

3. Обучить проведению профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся заболеваниях опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваниях и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.

4. Обучить устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические ревматические и заболевания опорно-двигательного аппарата, и их семьями в условиях ОВП.

5. Обучить организации помощи пациентам с ревматическими и скелетно-мышечными заболеваниями, наиболее эффективным образом используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

1. Нормальную анатомию, физиологию и развитие скелетно-мышечной системы в различные возрастные периоды

2. Диагностику ревматических и скелетно-мышечных заболеваний:

2.1. Клиническое обследование (опрос, физикальный осмотр костей, суставов, мягких тканей и их функциональную оценку)

2.2. Неинвазивные методы исследования

2.2.1. Лабораторные методы исследования:

2.2.1.1. Общий анализ крови и мочи

2.2.1.2. Биохимический и серологический анализ крови

2.2.1.3. Синовиальную жидкость

2.2.2. Рентгенографию, включая костей и суставов

2.2.3. Ультразвуковое исследование, включая использование Допплера

2.2.4. Радиоизотопные методы исследования

2.2.5. Компьютерную томографию

2.2.6. Магнитно-резонансную томографию

2.3. Инвазивные методы исследования (показания, противопоказания, осложнения, диагностическая ценность)

2.3.1. Пункцию суставов

2.3.2. Артроскопию с биопсией синовии и мягких тканей

2.3.3. Биопсию мягких тканей

3. Основные симптомы и синдромы поражения опорно-двигательного аппарата, включая ревматические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП.

3.1. Боль, припухлость и эритему суставов:

3.1.1. кисти

3.1.2. плечевого сустава

3.1.3. локтевого сустава

3.1.4. тазобедренного сустава

3.1.5. коленного сустава

3.1.6. стопы и голеностопного сустава

3.2. Боль и припухлость в мышцах

- 3.3. Болевой синдром в позвоночнике
 - 3.3.1. боль в шейном отделе позвоночника
 - 3.3.2. боль в грудном отделе позвоночника
 - 3.3.3. боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
- 3.4. Деформации опорно-двигательного аппарата
 - 3.4.1. позвоночника
 - 3.4.2. конечностей
 - 3.4.3. стоп
 - 3.4.4. кистей
- 3.5. Антифосфолипидный синдром
- 4. Основные ревматические заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактики
 - 4.1. Ревматоидный артрит
 - 4.1.1. суставную форма
 - 4.1.2. внесуставную
 - 4.2. Ювенильный ревматоидный артрит
 - 4.2.1. полиартрит
 - 4.2.2. синдром Стилла
 - 4.2.3. олигоартрит с иридоциклитом
 - 4.2.3. олигоартрит с сакроилеитом
 - 4.3. Остеоартрит
 - 4.3.1. первичный
 - 4.3.2. вторичный
 - 4.4. Системная красная волчанка
 - 4.4.1. системная
 - 4.4.2. дискоидная
 - 4.4.3. индуцированная лекарственными препаратами
 - 4.5. Склеродермия
 - 4.5.1. системная
 - 4.5.2. ограниченная
 - 4.5.3. индуцированная лекарственными препаратами/токсическими веществами
 - 4.6. Дерматомиозит/полимиозит
 - 4.6.1. первичный
 - 4.6.2. вторичный
 - 4.7. Некротические полиартерииты (васкулиты)
 - 4.7.1. узелковый периартериит
 - 4.7.2. микроскопический полиангиит
 - 4.7.3. болезнь Кавасаки
 - 4.7.4. болезнь Шенлейна-Геноха
 - 4.8. Гранулематозный артериит
 - 4.8.1. гранулематоз Вегенера
 - 4.8.2. гигантоклеточный(темпоральный) артериит
 - 4.9. Синдром Шегрена
 - 4.9.1. первичный
 - 4.9.2. вторичный
 - 4.10. Ревматическую полимиалгию
 - 4.11. Серонегативные спондилоартропатии
 - 4.11.1. анкилозирующий спондилит (Болезнь Бехтерева)
 - 4.11.2. псориатический артрит
 - 4.11.3. артрит при хронических воспалительных заболеваниях кишечника
 - 4.12. Артриты, связанные с инфекцией
 - 4.12.1. инфекционные (бактериальные, вирусные, риккетсиозные и др.), включая Лаймскую болезнь
 - 4.12.2. реактивные, включая болезнь/синдром Рейтера
 - 4.12.2.1. связанные с кишечной инфекцией
 - 4.12.2.2. связанные с урогенитальной инфекцией
 - 4.13. Кристаллические артриты
 - 4.13.1. Подагру
 - 4.13.1.1. первичную

- 4.13.1.2. вторичную
- 4.13.2. Псевдоподагру
- 4.14. Фибрамиалгию и синдром хронической усталости
- 4.15. Узловатую эритему
- 4.16. Острую ревматическую лихорадку
- 5. Основные скелетно-мышечные заболевания, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику
 - 5.1. Метоболические болезни костей
 - 5.1.1. остеопороз
 - 5.2.2. болезнь Педжета
- 6.1. Болезни/повреждения позвоночника
 - 6.1.1. остеохондроз
 - 6.1.2. грыжа межпозвоночного диска
 - 6.1.3. сколиоз
 - 6.1.4. спондилолиз и спондилолистез
- 7.1. Болезни околосуставных мягких тканей
 - 6.1.1. бурсит
 - 6.1.2. тендинит и тендовагинит
 - 6.1.3. энтезопатии
 - 6.1.3.1. эпикондилит
 - 6.1.3.2. стилоидит
- 8.1. Нейрогенную артропатию
- 6. Поражения опорно-двигательного аппарата у детей
 - 6.1. Патологию нижних конечностей
 - 6.1.1. врожденный вывих бедра
 - 6.1.2. искривление голеней
 - 6.1.3. косолапость
 - 6.1.4. плоскостопие
 - 6.2. Патологию позвоночника
 - 6.2.1. кривошея
 - 6.2.2. нарушение осанки
 - 6.2.3. spina bifida
 - 6.3. Остеохондропатии
 - 6.3.1. тазобедренного сустава (болезнь Легга-Кальве-Пертеса)
 - 6.4. Рахит и рахитоподобные заболевания
 - 6.5. Детский церебральный паралич
- 7. Клиническая фармакология. Основные группы лекарственных препаратов:
 - 7.1. Нестероидные противовоспалительные препараты
 - 7.1.1. неселективные
 - 7.1.2. селективные (ингибиторы ЦОГ-2)
 - 7.2. Базисные замедленного действия противовоспалительные препараты
 - 7.2.1. препараты золота
 - 7.2.2. сульфасалазин
 - 7.2.3. D-пеницилламин
 - 7.2.4. противомаларийные препараты
 - 7.2.5. иммуносупрессоры/цитостатики
 - 7.2.6. Миноциклин
 - 7.3. Глюкокортикостероиды
 - 7.4. Биологические агенты
 - 7.4.1. моноклональные антитела к фактору некроза опухоли (Инфликсимаб)
 - 7.5. Антиподагрические препараты
 - 7.6. Антибиотики
 - 7.7. Мышечные релаксанты
- 8. Консервативное ортопедическое лечение
 - 8.1. Иммобилизацию шинами и лонгетами
 - 8.2. Фиксирующие устройства
 - 8.3. Ортопедические аппараты
- 9. Реабилитацию

- 9.1. Лечебную физкультуру
- 9.2. Механотерапию
- 9.3. Вытяжение и мануальную терапию
- 9.4. Физиотерапию

10. Хирургическое лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний суставов (показания, влияние на течение и прогноз, послеоперационное амбулаторное ведение пациентов)

- 10.1. Внутренние и внешние устройства фиксации
- 10.2. Эндопротезирование

11. Профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний суставов в ОВП

- 11.1. Немедикаментозное
 - 11.1.1. Рациональное питание
 - 11.1.2. Физическую активность
 - 11.1.3. Фармакологическую, в том числе профилактику антибиотиками стрептококкового фарингита

12. Психосоциальные проблемы

12.1. Социальную адаптацию

12.2. Изменения в семье, имеющей больного с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями

12.3. Депрессию, связанную с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями.

Обучающийся должен уметь:

применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов, имеющих проблемы/состояния/заболевания опорно-двигательного аппарата и ревматические заболевания, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

1. Историей болезни пациента, имеющего патологию опорно-двигательного аппарата и ревматические заболевания

- 1.1. Опросом (жалобы, анамнез)
- 1.2. Исследованием опорно-двигательного аппарата, включая функциональную оценку

Лабораторными исследованиями:

1. Интерпретацией исследования крови (биохимического и серологического)
2. Пониманием исследования суставной жидкости

Методами диагностики, процедуры/манипуляции:

1. Иммобилизацией суставов шинами и лонгетами
2. Методика чтения рентгенограмм костей и суставов

Оказанием неотложной помощи пациентам, имеющим патологию опорно-двигательного аппарата и ревматические заболевания:

1. Дислокацией
2. Болевым синдромом

Ведением пациентов в амбулаторных условиях после хирургических и ортопедических вмешательств

Навыками консультации:

1. Обучением пациента режиму дозирования и самоконтролю приема фармакологических препаратов

2. Профилактическими рекомендациями пациенту с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями:

- 2.1. Назначением физических нагрузок
- 2.2. Рациональным питанием
- 2.3. Сексуальной функцией
- 2.4. Медикаментозной профилактикой заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний

2.5. Консультированием семьи, имеющей больного с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматическим заболеванием

- 2.6. Использованием фиксирующих устройств и ортопедических аппаратов

Организационной работой в ОВП по ведению пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями:

1. Медицинской экспертизой пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями:
 - 1.1. Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности
 - 1.2. Проведением клинико-экспертной комиссии (КЭК)
 - 1.3. Определением медицинских показаний к трудоустройству
2. Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:
 - 2.1. Организацией маршрута пациента, имеющего заболевания опорно-двигательного аппарата и ревматические заболевания: диагностика, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация
 - 2.2. Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Проведение полного клинического обследования пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями в условиях ОВП
2. Распространенность основных состояний/заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваниях и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Умение устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями, и их семьями в условиях ОВП
5. Организация помощи пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (перечислить), освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.

Если предусмотрены лабораторные работы:

Лабораторная работа № 1. Название работы

Цель работы:

Методика проведения работы:

Результаты: (результаты могут быть представлены в виде таблиц, графиков, рисунков с описанием и т.д.)

Выводы:

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: ведущая жалоба, основной клинический синдром, предварительный диагноз, план обследования и лечения, прогноз.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача 1.

Мужчина 35 лет на приеме у ВОП, предъявляет жалобы на боль практически во всех суставах, неделю назад перенес ОРВИ, общее самочувствие хорошее.

Полиартралгия

Полиартралгия (ПА) – наличие болей в 5 и более суставах. ПА возникает в результате раздражения нервных окончаний в различных структурах сустава, исключая суставной хрящ, который не имеет нервных окончаний и сосудов. Поражение суставов – частое и типичное осложнение почти всех инфекционных заболеваний.

Признаки серьезного заболевания: Повышение температуры тела, концентрации С-реактивного белка, повышение СОЭ и лейкоцитоз, тяжелое общее состояние даже при отсутствии изменений лабораторных данных.

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Работа на производствах, связанных с травмой скелета (вибрации, механические нагрузки), спорт.

Ведение больного

Диф. диагноз

Нетравматические заболевания скелета делят на воспалительные и дегенеративные. Уже при первом контакте с пациентом можно составить представление о круге возможных нозологий. Одним из ключевых моментов является выявление воспалительного компонента болезни. ПА иногда опережает внесуставные проявления болезни; характерные лабораторные изменения и рентгенологические признаки могут долгое время отсутствовать. Дифференциальная диагностика суставных поражений может быть длительной (месяцы и даже годы). Существует группа болезней, которые протекают с поражением околосуставных тканей и сопровождаются клиническими проявлениями, схожими с ПА.

Анамнез дает 60-75% информации, необходимой для диагноза. Особенно важен характер болей: локализация, иррадиация, распространенность и глубина; длительность болевого синдрома, периодичность, ритм в течение суток (в том числе наличие так называемых светлых промежутков, то есть периодов, когда боль отсутствует). Для дегенеративного поражения суставов характерна связь боли с нагрузкой и ее отсутствие в периоды покоя. В ряде случаев боли сохраняются после нагрузки во вторую половину дня и первую половину ночи. Вариантом являются «стартовые» боли при остеоартрозе суставов ног, появляющиеся только при первых шагах после периода покоя – сна, длительного сидения. Воспалительный тип боли предполагает присутствие боли в суставах в состоянии покоя, максимум выраженности во вторую половину ночи и к моменту просыпания. К жалобам общего характера относят повышение температуры тела, слабость, вялость, недомогание.

Наиболее частой причиной ПА являются инфекции (ОРВИ, краснуха, инфекционный паротит, инфекционном мононуклеоз, гепатит, сальмонеллез и др.), обострение хронической инфекции (тонзиллит, синуситы и др.), перегрузка или повреждение суставов. Появление ПА после инфекционного заболевания или аллергической реакции позволяет заподозрить воспалительный характер поражения – артрит. В пользу артрита свидетельствуют: боль при движении и в покое, припухлость сустава, повышение температуры кожи над суставом, ограничение подвижности. Сведений о постоянной травматизации, чрезмерных и длительных физических нагрузках говорят скорее о дегенеративно-дистрофическом характере процесса. Нельзя забывать и о так называемых ПА неорганической этиологии (ипохондрия).

Физикальное исследование

Визуально определяются наличие припухлости (увеличения сустава в объеме при сглаженности его контуров, чаще это происходит за счет отека периартикулярных тканей или выпота в полость сустава), его деформации – стойкого и грубого изменения формы сустава (например, при наличии костных разрастаний), деформации сустава (неравномерного изменения конфигурации за счет пролиферативных или экссудативных процессов). Пальпаторно можно определить болезненность и повышение температуры над пораженными суставами. В норме температура кожи над коленным суставом ниже, чем над большеберцовой костью. Болезненность является лучшим признаком синовита. Важно исследование суставов при пассивных и активных их движениях. Явное несоответствие между объемом активных и пассивных движений позволяет думать о локализации патологического процесса в околосуставных тканях, в то время как одинаковое ограничение объема активных и пассивных движений характерно для собственно суставного патологического процесса.

При отсутствии признаков воспаления дополнительным признаком воспалительного компонента в СС будет эффективность приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Нередко до визита к врачу пациенты уже принимали их и информация об эффективности приема НПВС представляет ценность. Если при первом визите и неясном диагнозе пациент не может предоставить таких сведений, полезным будет рекомендовать пациенту один из НПВС на 1-2 дня. НПВС как правило, значительно уменьшают болевой синдром, если ПА обусловлена воспалительным процессом.

Лабораторные исследования

Всем больным с подозрением на воспалительный характер поражения суставов должны быть произведены следующие исследования: клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и тромбоцитов, СОЭ, С-реактивный белок, ревматоидный фактор в сыворотке крови, общий анализ мочи, бактериологическое исследование кала, соскоб уретры для выделения хламидий, мазок из зева на стрептококк.

Лечение

При наличии индикаторов серьезного заболевания: необходимо больного немедленно отправить на консультацию к ревматологу.

При отсутствии индикаторов серьезного заболевания:

Диклофенак-натрий 50 мг 3 раза в день; ибупрофен 0,4 мг 3-4 раза в день; индометацин 50 мг 3 раза в день. Все НПВС рекомендовать принимать после еды и запивать большим количеством жидкости. Решение о смене препарата (они могут иметь индивидуально различную эффективность) принимается после 3-4 дневной терапии. Если у больного с ПА неизвестной этиологии при нормальном общем самочувствии в течение 6 недель терапии НПВС, не купируется ПА, то необходима плановая консультация ревматолога.

Некоторые варианты ПА

Реактивный артрит (асептическое воспаление суставов при инфекции внесуставной локализации) чаще всего наблюдается в виде синдрома Рейтера: артрит, конъюнктивит, уретрит или цервицит, колит. Развивается у мужчин 20-40 лет через 1-6 недель после перенесенного уретрита или кишечной инфекции. Поражаются преимущественно суставы нижних конечностей.

Инфекционные артриты подразделяют на гонококковые и негонококковые. Типичное начало заболевания – лихорадка и острый моноартрит, но при гематогенном распространении инфекции может наблюдаться ПА. У взрослых негонококковые артриты развиваются преимущественно на фоне предшествующих заболеваний суставов или нарушений иммунитета. При болезни Лайма ПА часто предшествует эритематозная кольцевидная сыпь (хроническая мигрирующая эритема).

Гонококковые артриты составляют половину всех случаев инфекции суставов у молодых, сексуально активных людей без сопутствующих заболеваний. Артрит сопутствует острой фазе заболевания и септической форме. В распознавании гонорейной природы артрита основным является обнаружение гонококка в суставной жидкости и выделениях из мочеполовых органов, прямой кишки, глаз. Все инфекционные артриты лечат в стационарных условиях.

Ревматоидный артрит – отличительная особенность – симметричное поражение суставов кисти и стопы, часто положительный ревматоидный фактор, «воспалительные» изменения крови, ревматоидные узелки, утренняя скованность более 1 часа, деформации суставов, мышечные атрофии.

Ревматизму сопутствует недавно перенесенная стрептококковая инфекция, проявления острого воспаления (лихорадка, повышение СОЭ, С-реактивного белка, лейкоцитоз), ярко выраженное обратимое воспаление крупных суставов верхних и нижних конечностей, поражение ЦНС и кардит, реже ревматоидные узелки и кольцевидная эритема. Почти все ревматоидные заболевания могут протекать с ПА, их дифференциальная диагностика и дальнейшее лечение должны осуществляться совместно с ревматологом.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача

Больная Т., 47 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в суставах рук и ног при движении и в покое, утреннюю скованность в течение 3-х часов, общую слабость, похудание, выпадение волос.

Больна в течение 3-х лет, когда после гриппа и пневмонии появились припухлость и боли в мелких суставах кистей, в последующие 2 года отмечались ежегодно обострения, причем боли и припухлость наблюдались в лучезапястных суставах, коленных и мелких суставах стоп.

Объективно: кожа и видимые слизистые бледные. Отмечается дефигурация 3-4 проксимальных межфланговых суставов правой кисти, припухлость и ограничение подвижности в левом лучезапястном суставе, пястно-фаланговых суставах, коленных суставах за счет экссудативных и пролиферативных явлений. Выраженная атрофия мышц на тыле кистей.

В области правого локтевого сустава пальпируются крупные, плотные образования. Со стороны сердца - без особенностей. В легких справа и слева в нижних отделах - шум трения плевры. При R-исследовании - признаки базального пневмосклероза.

Ан. крови: Эр. - $2,68 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты - 10×10^9 /л, э - 1%, п - 2%, с - 67%, лимф. - 27%, мон. - 3%, СОЭ - 33 мм/час. СРБ ++, сиаловые кислоты - 300 ед, фибриноген - 5 г/л, креатинин крови 0,076 ммоль/л.

Задание:

1. Выделите синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. План обследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение больной.
5. Прогноз. МСЭ.

Ответы:

1. Суставной (стойкий, прогрессирующий, эрозивный); анемический; трофических нарушений; поражение плевры; уплотнение легочной ткани (рентген).
2. Ревматоидный артрит. Полиартрит. Медленно прогрессирующее течение. Акт. II степени с системными проявлениями (анемия, ревматоидные узлы, похудание). Стадия II. ФНС I ст.
3. РФ, R-ген суставов, ЭКГ, ан. мочи, печеночные пробы.
4. НПВС, показана базисная терапия (цитостатики, преднизолон).
5. Неблагоприятный. Стойкая утрата трудоспособности.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)

- 2.1 Этапы оказания медицинской помощи ревматологическим больным.
- 2.2 Догоспитальный этап лечения, объем оказываемой помощи ревматологическим больным.
- 2.3 Особенности работы врача ревматолога и преемственность в работе с ВОП.
- 2.4 Организация помощи на дому.
- 2.5 Общие принципы экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности при ревматологических заболеваниях.
- 2.6 Контингенты ревматологических больных, подлежащих диспансерному наблюдению.
Группы диспансерного учета.
- 2.7 Порядок санаторно-курортного отбора больных при ревматологической патологии.
- 2.8 Первичная и вторичная профилактика.
- 2.9 Методика отбора на санаторно-курортное лечение больных ревматологического профиля.
- 2.10 Преемственность в работе с женскими консультациями по качественному диспансерному наблюдению за женщинами детородного возраста и беременным женщинам.
- 2.11 Характеристика тренирующих режимов при наиболее распространенных ревматологических заболеваниях.
- 2.12 Методика медикаментозной и немедикаментозной профилактики.
- 2.13 Навыки санитарно-просветительной работы, пропаганда здорового образа жизни.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

001. Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении:

1. суставов поясничного отдела позвоночника;
2. симфиза;
3. тазобедренных суставов;
4. илеосакральных сочленений.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

002. Для системного остеопороза характерны:

1. повышенная рентгенопрозрачность костной ткани;
2. подчеркнутость контуров тел позвонков;
3. выраженная трабекулярность костной ткани;
4. истончение кортикального слоя диафизов трубчатых костей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

003. Для системной склеродермии характерно развитие:

1. диффузного пневмофиброза;
2. базального пневмофиброза;
3. адгезивного плеврита;
4. увеличения размеров сердца.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

004. К белкам острой фазы относят:

1. С-реактивный белок;
2. гаптоглобулин;
3. альфа-глобулин;

4. церулоплазмин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

005. Деструкция костной ткани сопровождается изменением:

1. увеличением экскреции гидроксипролина;
2. увеличением концентрации сывороточного кальция;
3. повышением активности щелочной фосфатазы;
4. повышением содержания фибриногена в сыворотке.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

006. Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных ниже заболеваний:

- А) ревматизма;
- Б) системной красной волчанки;
- В) дерматомиозита;
- Г) ревматической полимиалгии;
- Д) системной склеродермии.

007. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:

- А) локтевых суставах;
- Б) плечевых суставах;
- В) проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах;
- Г) коленных суставах;
- Д) голеностопных суставах.

008. Для остеоартроза характерно:

1. наличие боли “механического” типа в суставах;
2. периодическая “блокада” суставов;
3. медленное развитие болезни;
4. преимущественное поражение суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

009. За медицинской помощью обратилась женщина 32 лет с явлениями артрита коленного и голеностопного суставов. На передней поверхности голени определяются болезненные подкожные узлы размером с 3-5 см с цианотичной окраской кожи над ними. Скорость оседания эритроцитов 35 мм/ч. Наиболее вероятный диагноз:

- А) ревматоидный артрит;
- Б) острая ревматическая лихорадка;
- В) синдром Лефгрена (форма саркоидоза);
- Г) вирусный артрит;
- Д) подагрический артрит.

010. В отношении ревматизма справедливо:

1. связь заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией;
2. наличие типичных проявлений – “абсолютных признаков ревматизма” (критерии Киселя-Джонса);
3. склонность к формированию порока сердца;
4. развитие ревматического полиартрита у всех больных.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

011. Для ревматического полиартрита в классическом варианте характерно:

1. дефигурация суставов, обусловленная скоплением экссудата;
2. поражение крупных суставов;
3. высокие показатели активности ревматического процесса;
4. быстрое обратное развитие экссудативных явлений в суставах.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

012. Для этиологии и патогенеза гонококкового артрита верны следующие положения:

1. возбудителем является гонококк;
2. гонококк проникает в сустав гематогенно из урогенитального очага
3. предрасполагающими факторами у женщин являются менструации и беременность;
4. при отсутствии лечения быстро прогрессирует деструкция хряща и костных суставных поверхностей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

013. Аускультативно при аортальной регургитации определяется следующее:

- А) сохранение или ослабление I тона;
- Б) отсутствие II тона;
- В) мезосистолический щелчок;
- Г) аортальный тон изгнания;
- Д) протодиастолический шум.

014. У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:

- А) гигантоклеточный артериит;
- Б) геморрагический васкулит;
- В) узелковый периартериит;
- Г) болезнь Бюргера;
- Д) микроскопический полиангиит.

015. Для системной красной волчанки характерно:

1. поражение кожи, волос и слизистых оболочек является одним из наиболее частых проявлений заболевания;
2. алопеция может быть локализованной или диффузной;
3. фоточувствительность может усиливаться под влиянием лечения аминохинолиновыми препаратами;
4. встречаются дискоидные очаги.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

016. При системной красной волчанке возможно развитие следующих клинических вариантов поражений почек:

1. изолированный мочевого синдром;
2. нефритический мочевого синдром;
3. нефротический мочевого синдром
4. пиелонефритический мочевого синдром.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

017. При системной красной волчанке поражение нервной системы может проявляться:

1. переходящими нарушениями мозгового кровообращения;
2. судорогами;
3. периферической полинейропатией;
4. психозами.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

018. Показанием к назначению цитостатиков при системной красной волчанке является:

1. активность волчаночного нефрита;
2. высокая общая активность болезни;
3. резистентность к глюкокортикостероидам;
4. выраженность синдрома Рейно.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

019. При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела:

- А) лица, пальцев кистей и стоп;
- Б) туловища и проксимальных отделов конечностей;
- В) туловища;
- Г) лица;
- Д) пальцев кистей.

020. Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почки является:

- А) бета-адреноблокаторы;
- Б) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента;
- В) нативная плазма;
- Г) глюкокортикостероиды;
- Д) цитостатики.

Ответ: (Б)

021. Патогномичным проявлением дерматомиозита служит:

- А) параорбитальный отек с лиловой эритемой верхнего века и синдромом Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами);
- Б) эритема на открытых участках кожи;
- В) пойкилодермия;
- Г) алопеция;
- Д) синдром Рейно.

022. Для ревматической полимиалгии характерно:

1. анемия;
2. боль в плечевом и/или тазовом поясе;
3. значительное увеличение СОЭ;
4. возраст больных старше 40 лет.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
023. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:
- А) гепатотоксические;
 - Б) нефротоксические;
 - В) гематологические;
 - Г) кожные;
 - Д) желудочно-кишечные.
024. Воспаление мышечной ткани сопровождается повышением активности:
1. креатинфосфокиназы;
 2. аминотрансфераз;
 - 3 альдолазы,
 4. лактатдегидрогеназы.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
025. Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:
- А) укорочение пальцев в результате остеолитического процесса;
 - Б) ульнарная девиация;
 - В) в виде “шеи лебедя”;
 - Г) в виде “бутоньерки”;
 - Д) в виде “молоткообразного пальца”.
026. Причина анемии при ревматоидном артрите:
- А) дефицит железа в организме;
 - Б) аутоиммунный процесс;
 - В) дефицит фолиевой кислоты;
 - Г) неизвестна;
 - Д) гемолиз.
027. Самой частой причиной смерти при ревматоидном артрите является:
- А) некротизирующий васкулит с вовлечением жизненно важных органов;
 - Б) поражение легких;
 - В) подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга;
 - Г) уремия при вторичном амилоидозе почек;
 - Д) осложнения лекарственной терапии.
028. К характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита относится:
1. околоуставной остеопороз;
 2. узурация суставных поверхностей эпифиза;
 3. кисты в эпифизах;
 4. сужение суставной щели.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
029. Общим признаком заболеваний, входящих в группу серонегативных спондилоартритов, является:
1. наличие сакроилеита;
 2. асимметричный артрит периферических суставов;
 3. тенденция к семейной агрегации;
 4. преимущественное поражение суставов нижних конечностей
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
030. Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:
А) ирит и иридоциклит;
Б) склерит;
В) конъюнктивит;
Г) блефарит;
Д) катаракта.
031. Сакроилеит встречается при:
1. синдроме Рейтера;
2. псориатическом артрите;
3. болезни Бехтерева;
4. неспецифическом язвенном колите.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
032. Из перечисленных ниже лабораторных исследований для выявления причины развития моноартрита наиболее важным является:
А) тест муцинового сгустка;
Б) определение глюкозы в синовиальной жидкости;
В) определение комплемента в синовиальной жидкости;
Г) микроскопическое исследование синовиальной жидкости;
Д) клинический анализ крови.
033. Диетотерапия подагры включает:
1. ограничение суточного потребления белков;
2. малокалорийную диету;
3. ограничение потребления бобовых;
4. ограничение спиртных напитков.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
034. Характерным признаком двустороннего коксартроза является:
1. протрузия вертлужных впадин;
2. укорочение нижних конечностей;
3. сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме
4. нарушение внутренней и наружной ротации бедер.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
035. При остеоартрозе применяются:
1. нестероидные противовоспалительные препараты;
2. трасилол;
3. поливинилпирролидон;
4. глюкокортикостероиды внутрисуставно.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
036. Для ревматического перикардита характерно:
1. грубый шум трения перикарда (до появления экссудата);
 2. расширение границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически;
 3. инфарктноподобная ЭКГ;
 4. ослабление тонов сердца.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
037. Первичный ревматизм с наличием острого полиартрита, среднетяжелым и тяжелым кардитом, перикардитом, высокой активностью ревматического процесса, формированием ревматических пороков сердца, недостаточностью кровообращения наиболее тяжело протекает в возрасте:
- А) 3-6 лет;
 - Б) 7-15 лет;
 - В) 20-25 лет;
 - Г) 40-45 лет;
 - Д) 50-55 лет.
038. При системной красной волчанке выявляется:
1. серопозитивность по ревматоидному фактору;
 2. снижение уровня комплемента по СН50;
 3. ложноположительная реакция Вассермана;
 4. антитела к нативной ДНК.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
039. Плазмаферез и гемосорбцию при системной красной волчанке проводят:
1. при торпидном течении болезни;
 2. малой эффективности глюкокортикостероидов и цитостатиков;
 3. высокой активности люпус-нефрита;
 4. высоком содержании в крови криопреципитинов и иммунных комплексов.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
040. Первая фаза синдрома Рейно проявляется:
- А) реактивной гиперемией кожи пальцев кистей;
 - Б) цианозом дистальных отделов конечностей;
 - В) "побелением" пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции;
 - Г) парестезиями по всей руке, ноге;
 - Д) реактивной гиперемией кожи стоп.
041. Из перечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов цитопению при длительном применении вызывает:
- А) напроксен;
 - Б) пироксикам;
 - В) бутадион;
 - Г) диклофенак-натрия (вольтарен);
 - Д) индометацин.
042. Применение кальцитонина при остеопорозе:
1. подавляет резорбцию костной ткани;
 2. способствует предотвращению переломов костей;

- увеличивает плотность костной ткани;
- оказывает анальгезирующее действие.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

043. Неотложная терапия при системных васкулитах (узелковом периартериите, гранулематозе Вегенера) включает следующие лечебные мероприятия:

- назначение преднизолона 1 мг/кг в сутки;
- пульс-терапию циклофосфаном - 1000 мг в сутки внутривенно 3 дня подряд;
- назначение циклофосфамида в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь;
- гемосорбцию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

044. Наиболее типичным для псориатического артрита является:

- А) эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах;
- Б) латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике;
- В) анкилозирование межпозвонковых суставов;
- Г) первые признаки заболевания кожные;
- Д) наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике.

045. Этиологическим фактором септического артрита может быть:

- стафилококк;
- стрептококк;
- клебсиелла;
- протей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

046. Для болезни Лайма (боррелиоза) характерно:

- мигрирующая эритема;
- артрит, появляющийся через 2 мес. после возникновения эритемы;
- лимфаденопатия;
- поражение ЦНС.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

047. На развитие острого подагрического артрита влияет:

- носоглоточная инфекция;
- нарушение режима питания;
- значительное физическое перенапряжение;
- голодание.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

048. Развитию первичного остеоартроза способствует:

1. генетические факторы;
2. ожирение;
3. дисплазия суставов, приводящая к изменению конгруэнтности суставных поверхностей;
4. перегрузка суставов в связи с профессией, чрезмерным занятием спортом.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

049. Узелки Бушара появляются при:

А) подагре;

Б) ревматоидном артрите;

В) остеоартрозе;

Г) ревматизме;

Д) узелковом периартериите.

050. Характерным рентгенологическим признаком остеоартроза межфаланговых суставов – дистальных (узлы Гебердена) и проксимальных (узлы Бушара) – является:

1. сужение суставных щелей
2. субхондральный остеосклероз;
3. узурация суставных поверхностей костей
4. остеопороз

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

051. При остеоартрозе наиболее инвалидизирующей является следующая локализация патологического процесса:

А) тазобедренные суставы;

Б) коленные суставы;

В) дистальные межфаланговые суставы кистей;

Г) плечевые суставы;

Д) голеностопные суставы.

052. При дифференциальной диагностике остеохондроза и остеопороза имеет значение:

1. вес тела;
2. плотность костной ткани;
3. частота переломов;
4. пол.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

053. Укажите наиболее типичные локализации асептического остеонекроза:

1. кости таза;
2. головка бедренной кости;
3. позвонки;
4. головка плечевой кости;
5. надмыщелки плечевой кости.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
054. Боль в области пятки (талалгия) может быть обусловлена:
1. энтезопатией в области бугра пяточной кости;
 2. подпяточным бурситом;
 3. кальцификатом в подошвенном апоневрозе (“щпорой”);
 4. артритом плюсне-фаланговых суставов.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
055. Развитие ревматизма связано с инфицированием:
- А) вирусом;
 - Б) стафилококком;
 - В) бета-гемолитическим стрептококком группы А;
 - Г) альфа-гемолитическим стрептококком группы А;
 - Д) сальмонеллой.
056. При системной красной волчанке выявляется:
1. снижение в крови уровня комплемента СН 50;
 2. наличие в крови ревматоидного фактора в низком титре;
 3. гипергаммаглобулинемия;
 4. снижение содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
057. Проявлением кожного синдрома при системной красной волчанке может быть:
1. алопеция;
 2. фотодерматоз;
 3. сетчатое ливедо;
 4. витилиго.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
058. Для патологии сердца при системной красной волчанке верно:
1. в большинстве случаев обнаруживается бессимптомный экссудативный перикардит;
 2. редко сопровождается развитием недостаточности кровообращения;
 3. характерны бородавчатые эндокардиальные вегетации;
 4. миокардит.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
059. К неврологическим проявлениям системной красной волчанки с антифосфолипидным синдромом относятся:
1. острое нарушение мозгового кровообращения;
 2. деменцию;
 3. мигрень;
 4. поперечный миелит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

060. Продолжительность жизни больных с люпус-нефритом коррелирует с:

- 1. артериальной гипертензией;
- 2. нефротическим синдромом;
- 3. высоким содержанием в крови антител к ДНК;
- 4. низким содержанием в крови комплемента.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

061. При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды:

- А) артериолы и капилляры,
- Б) сосуды среднего калибра;
- В) сосуды любого диаметра;
- Г) крупные сосуды;
- Д) венозные сосуды.

062. При узелковом периартериите характерно следующее поражение почек:

- 1. изолированный мочево́й синдром с незначительной протеинурией;
- 2. мочево́й синдром с нестойкой артериальной гипертензией;
- 3. диффузный гломерулонефрит с синдромом злокачественной артериальной гипертензии;
- 4. нефротический синдром.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

063. Гигантоклеточный артериит проявляется:

- 1. острым нарушением мозгового кровообращения;
- 2. депрессией;
- 3. инфарктом миокарда;
- 4. тромбоэмболией легочной артерии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

064. Азатиоприн применяется при:

- 1. ревматоидном артрите;
- 2. системной красной волчанке;
- 3. болезни Шегрена;
- 4. дерматомиозите.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

065. У молодой женщины после пребывания на солнце возникло недомогание, субфебрилитет, отёчность и боли в пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей. Наиболее вероятный диагноз:

- А) ревматоидный артрит;
- Б) системная красная волчанка;
- В) реактивный артрит;
- Г) ревматизм;
- Д) системная склеродермия.

066. Укажите наиболее важный фактор риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите:

- А) длительная воспалительная активность процесса;
- Б) большая суммарная доза глюкокортикостероидов;
- В) длительный приём цитостатиков;
- Г) длительные периоды без лечения;
- Д) сопутствующее заболевание почек.

067. К “большим” критериям первичного ревматизма принадлежат:

- 1. кардит;
- 2. хорея;
- 3. полиартрит;
- 4. подкожные узелки;
- 5. кольцевидная эритема.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (Д)

068. У больной, 57 лет, месяц назад возникли боли при ходьбе в области правого тазобедренного сустава. В пользу первичного коксартроза свидетельствует:

- А) пальпаторная болезненность в области трохантера;
- Б) ограничение ротации бедра на поражённой стороне;
- В) укорочение правой ноги на 4 см;
- Г) положительный симптом Лассега справа;
- Д) положительный симптом Кушелевского.

069. Поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается с:

- А) шейного отдела;
- Б) поясничного отдела;
- В) крестцово-подвздошных суставов;
- Г) грудного отдела;
- Д) вовлечение в процесс всех отделов позвоночника.

070. Какое поражение глаз характерно для болезни Рейтера:

- А) ирит и иридоциклит;
- Б) склерит;
- В) конъюнктивит;
- Г) блефарит;
- Д) катаракта.

071. Желудочно-кишечные кровотечения вызывает:

- 1. преднизолон;
- 2. ацетилсалициловая кислота;
- 3. диклофенак;
- 4. циклоспорин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

072. У больного ревматоидным артритом с высокой активностью воспалительного процесса возникли чувствительные нарушения в дистальных отделах конечностей. Наиболее вероятная причина этого явления:

- 1. менингоэнцефалит;
- 2. лекарственная нейропатия;

3. корешковый синдром, сопутствующий ревматоидному артриту;
4. периферическая нейропатия, связанная с основным заболеванием.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

073. Для суставного синдрома при болезни Рейтера характерно:

- А) генерализованный полиартрит;
- Б) сосискообразная деформация пальцев стоп;
- В) сосискообразная деформация пальцев рук;
- Г) артрит суставов 1-го пальца стоп;
- Д) ассиметричный артрит суставов нижних конечностей.

074. Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при:

- А) гемофилической артропатии;
- Б) псевдоподагре;
- В) псориазическом артрите;
- Г) ревматоидном артрите;
- Д) ревматизме.

075. Укажите не характерный признак для инфекционного артрита:

- А) лихорадка, озноб;
- Б) в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево;
- В) синовиальная жидкость – высокий цитоз, 90% нейтрофилов;
- Г) полиартрит;
- Д) рентгенологическая картина – деструкция хряща, кости.

076. У мужчины средних лет возник острый артрит голеностопного сустава с развитием пика боли в первые часы. Выберите наиболее важный анамнестический фактор, который позволяет установить диагноз подагры:

- А) злоупотребление алкоголем;
- Б) случай подобного приступа в прошлом с быстрым обратным развитием;
- В) случайный половой контакт за неделю до заболевания;
- Г) склонность к мясной диете;
- Д) травма.

077. Укажите наиболее типичные локализации подагрических тофусов:

- А) в области крестца;
- Б) в области разгибательной поверхности локтевого сустава;
- В) в области коленных суставов;
- Г) хрящи носа;
- Д) ушная раковина.

078. При хондрокальцинозе чаще всего поражаются следующие суставы:

- А) плюснефаланговые;
- Б) голеностопные;
- В) коленные;
- Г) тазобедренные;
- Д) пястно-фаланговые.

079. Рациональная медикаментозная терапия первичного остеоартроза включает следующие препараты:

1. нестероидные противовоспалительные препараты;
2. локальное введение глюкокортикостероидов при реактивном синовите;
3. хондропротекторы;
4. только анальгетики.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

080. Морфологическое исследование имеет решающее значение при постановке диагноза:

- 1 туберкулез сустава;

2. ревматоидный артрит;
3. саркоидоз;
4. реактивный артрит;
5. виллонодулярный артрит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

081. Наиболее эффективные лечебные мероприятия при простом тендините мышц плеча:

1. абсолютный покой в течение всего периода болезни;
2. оперативные вмешательства;
3. нестероидные противовоспалительные препараты,
4. локально введение глюкокортикостероидов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

082. Выберите лабораторный тест, который наиболее информативен для подтверждения диагноза полимиозита:

- А) СОЭ;
- Б) антинуклеарный фактор;
- В) ревматоидный фактор;
- Г) антитела к мышечным антигенам;
- Д) повышение в крови уровня креатинкиназы.

083. Диагностика смешанного заболевания соединительной ткани базируется помимо выявления специфического иммунологического маркера на клинической картине заболевания:

1. слабость проксимальных мышц конечностей и болезненность их при пальпации;
2. снижение перистальтики в нижних 2/3 пищевода;
3. синдром Рейно;
4. симметричный артрит проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

084. При геморрагическом васкулите:

1. кожные проявления часто представлены геморрагической сыпью;
2. поражаются преимущественно крупные суставы;
3. развитие диффузного гломерулонефрита;
4. нередко наблюдается абдоминальный синдром.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

085. Наиболее важным рентгенологическим признаком остеохондроза позвоночника является:

- А) формирование синдесмофитов между телами позвонков;
- Б) кальцификация межпозвонковых дисков;
- В) уменьшение промежутков между телами позвонков;
- Г) усиление грудного кифоза;
- Д) усиление поясничного лордоза.

086. При глюкокортикостероидном остеопорозе верны следующие положения:

1. развивается при применении доз более 7,5 мг преднизолона;
2. развивается в результате нарушения всасывания кальция в кишечнике и подавления активности остеобластов;
3. встречается у мужчин;
4. встречается у женщин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

087. Нестероидные противовоспалительные средства у беременных могут вызывать:

1. эмбриотоксическое действие;
2. тератогенное действие с поражением сердечно-сосудистой системы у плода;
3. задержку роста плода;
4. нарушение гемодинамики.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

088. Выберите препарат, селективно ингибирующий циклооксигеназу-2:

- А) мовалис;
- Б) вольтарен
- В) бруфен;
- Г) индометацин;
- Д) аспирин.

089. Выберите препарат, обладающий наиболее выраженным жаропонижающим эффектом:

- А) напроксен;
- Б) пироксикам;
- В) индометацин;
- Г) аспирин;
- Д) ибупрофен.

090. Выберите препарат для лечения остеопороза при выраженной гипокальциемии и синдроме мальабсорбции:

- А) миакальцик;
- Б) альфа Д3-геба;
- В) фозамакс;
- Г) остеохин;
- Д) остеогенон.

091. Выберите препарат, обладающий наибольшим анальгезирующим эффектом при остеопорозе:

- А) альфа Д3-геба;
- Б) миакальцик;
- В) фозамакс;
- Г) остеогенон;
- Д) остеохин.

1-Г	11-В	21-А	31-Д	41-В	51-А	61-А	71-Д	81-Г	91-Б
2-Д	12-Д	22-Д	32-Г	42-Д	52-Д	62-Д	72-Г	82-Д	
3-Д	13-Д	23-Д	33-Д	43-Д	53-В	63-Д	73-А	83-Д	
4-Д	14-А	24-Д	34-Г	44-А	54-Д	64-Д	74-В	84-Д	
5-А	15-Д	25-Б	35-Д	45-Д	55-В	65-Б	75-Г	85-В	
6-В	16-Д	26-Г	36-Д	46-Д	56-А	66-А	76-Б	86-Д	
7-В	17-Д	27-Д	37-Б	47-Д	57-А	67-Д	77-Б	87-А	
8-Д	18-А	28-Г	38-Д	48-Д	58-Д	68-Б	78-В	88-А	
9-В	19-Б	29-Д	39-Д	49-В	59-Д	69-В	79-А	89-В	
10-А	20-Б	30-А	40-В	50-Д	60-Д	70-В	80-Б	90-Б	

3) Решить ситуационные задачи.

Задача 1

Мужчина 35 лет, предъявляет жалобы на боль практически во всех суставах, неделю назад перенес ОРВИ, общее самочувствие хорошее.

Контрольные вопросы

1. Дифференциальный диагноз.
2. Диагноз.

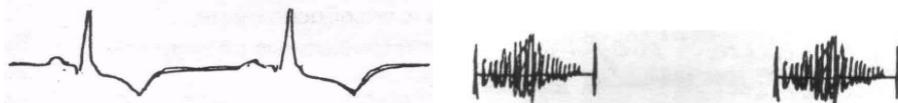
Какова тактика ВОП/СВ по ведению пациента (анамнез, осмотр, лабораторные и инструментальные исследования, факторы риска, психосоциальные факторы риска, необходимость консультации специалистов, немедикаментозное лечение, лекарственная терапия, профилактика)?

ЗАДАЧА 2

Больной 58 лет, конструктор, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающие головокружения, сжимающие боли за грудиной, повышенную утомляемость. Дважды за полгода наблюдались обмороки. Ранее ничем не болел.

Об-но: кожные покровы бледные, верхушечный толчок усиленный, поднимающийся, разлитой в VI межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. При перкуссии определяется расширение левой границы сердца, совпадает с верхушечным толчком. I тон на основании сердца ослаблен. Пульс ритмичный, малый, медленный, 57 уд/мин., АД - 100/70 мм рт.ст. В легких - везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из подреберья, край гладкий, закруглен, безболезненный, плотно-эластической консистенции.

Лаб-но: Нв - 121 г/л, Эр. - $5,2 \times 10^{12}$ /л, Ле - $6,7 \times 10^9$ /л, СОЭ - 7 мм/час, СРБ - отр., АСЛО - 125ед. КФК - 120 ммоль/л, холестерин - 8,4ммоль/л, β -липопротеиды - 9,6ммоль/л, триглицериды - 4,2 ммоль/л, АЛТ 28 ед., АСТ 34 ед., общ. билирубин 16,2 ммоль/л, креатинин 85 ммоль/л. ЭКГ: I, avL, V5, V6.



ФКГ: II м/р справа, т. Боткина

1. Выделите синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование.
3. Допол. методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз, диспансеризация, МСЭ.

ЗАДАЧА 3

Больной М., 33 года. Жалобы на одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, периодические боли за грудиной давящего характера, возникающие при ходьбе быстрым шагом на расстоянии 300-600 м или физическом труде, постоянную слабость, быструю утомляемость, снижение памяти, внимания, периодическое мелькание мушек перед глазами, 2-кратно - предобморочные состояния.

В детстве - простудные заболевания, грипп, ангина. В возрасте 8-10 лет были артриты коленных и лучезапястных суставов. Тонзилэктомия в 11 лет. В возрасте 28 лет появилась одышка при значительных нагрузках (ходьба довольно быстрым шагом на расстояние больше 1 км). Одышка постепенно прогрессировала. В 30 лет 1-й приступ за грудиной болей на фоне физической нагрузки. С тех пор данные приступы постепенно учащаются. Снизилась нагрузка, вызывающая их. По совету знакомых использует нитроглицерин для купирования.

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, суховаты. Язык влажный, чистый. Верхушечный толчок в 6 м/р на 1,5 см кнаружи от СКЛ, разлитой. АД - 90/70 мм.рт.ст. Пульс - малый, медленный 86 в мин. Печень 11x10x8 см.

ОАК, ОАМ - без патологии. БАК: Хс - 5,0 ммоль/л, АСТ - 34 усл. ед., АЛТ - 30 усл. ед., креатинин - 0,08 ммоль/л.

ЗАДАЧА 4

Больная Н., 26 лет, продавец. Жалобы на слабость, периодические головные боли диффузного характера, повышение т до 38,0° С, отеки век, больше утром, отеки на ногах, периодические парестезии на коже конечностей, выпадение волос, ноющие боли в околопупочной области, не имеющие четкой связи с приемом пищи, понижение аппетита, потерю веса (5-6 кг за последний месяц), артралгии мелких суставов.

Больной себя считает в течение 2,5 лет, когда после отдыха на юге появились слабость, нестойкие атралгии кистей, боли в мышцах голени, повышение Т до 37,5° С по вечерам. Через 3 месяца обратилась к врачу (в ОАК анемия Нв - 100 г/л, СОЭ - 35 мм/час), ОАМ - без патологии. Получала амбулаторно НПВС с незначительным эффектом. Два года назад при повторном обследовании выявлена анемия Нв - 89г/л, СОЭ - 42 мм/час, в ОАМ - белок 0,99г/л, Эр. - 40-50 в п/зр. Госпитализирована в ЦРБ, назначен преднизолон в дозе 60 мг/сут. На фоне терапии состояние субъективно улучшилось. В течение последнего года появилось умеренное выпадение волос. Последнее ухудшение в течение 2 мес. вышеуказанные жалобы прогрессировали после психо-эмоционального стресса. В тяжелом состоянии доставлена сан. авиацией в ОКБ.

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы сухие и бледные. На волосистой части головы - алопеция. Увеличены подмышечные, паховые л/у. Питание понижено. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах слева значительно ослаблено. Побочных дыхательных шумов нет. Границы сердца: ЧСС = ПС = 96 в/мин. АД - 180/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, диффузная чувствительность при пальпации. Печень по Курлову 12х10х10 см. Селезенка +2 см. Отеки в области голеностопных суставов и н/трети голени.

ОАК: Нв - 81 г/л, ЦП - 0,9, Ле - 4×10^9 /л, Лимф - 20%, п/я - 4%, с/я - 79%, Э - 1%, СОЭ - 60 мм/час. ОАМ - 1020, белок 1,65 г/л, Эр. - 40, Ле - 7-10 в п/зр. Суточная протеинурия - 2,8 г/сутки. БАК - АСТ - 49 усл. ед, АЛТ - 51 усл. ед, общ. билирубин 21 мкмоль/л, креатинин 0,112 ммоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л.

ЗАДАЧА 5

Больная А., 46 лет. Жалобы на посинение кожи пальцев стоп и кистей, снижение массы тела, укорочение пальцев кистей, необходимость запивать водой сухую еду, сухой кашель, невозможность полного открывания рта, похудание на 14 кг за 3 года, одышку при ходьбе.

Из анамнеза: больна в течение 6 лет. Заболевание началось с беспричинной лихорадки 37,2-37,6° С. Тогда же стала отмечать побеление пальцев стоп и кистей на холоде. Через 2 года начала отмечать уплотнение кожи кистей и лица. В последние 3 года появилась необходимость запивать сухую еду. Полтора года назад впервые появились изменения в анализах мочи.

Об-но: Укорочение дистальных фаланг пальцев кистей. Цианоз кожи кистей, стоп, носа, ушных раковин. Язвочки на коже кистей не заживают в течение месяца.

Уплотнение кожи конечностей туловища и лица. Черты лица заострены, кисетообразные складки вокруг рта. Контрактуры проксимальных межфаланговых суставов. В легких в задне-базальных отделах, выслушивается незвучная крепитация. ЧД 24 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Рс - 80, АД - 180/120.

Общий ан. крови: Л - $5,7 \times 10^9$ /л, СОЭ - 37мм/час, СРБ+, РФ 1:80, Ле-клеток нет, АНФ отр., креатинин крови 0,284 ммоль/л. Общ. ан. мочи: уд. вес - 1012, белок - 0,29 г/л, Эр - 2-5, Л - 3, ЦИЛ - 1-2 в п/зр.

1. Выделите синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.

4. Лечение.

5. Прогноз. Диспансеризация. МСЭ

Рекомендуемая литература:

Основная:

13. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

14. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.

Дополнительная:

19. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

РАЗДЕЛ: «Внутренние болезни».

Подраздел. Заболевания эндокринной системы и нарушения обмена веществ.

Тема 1 «Факторы риска заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ»;

Тема 2 «Состояния/заболевания эндокринной системы и нарушений обмена веществ наиболее часто встречающиеся в ОВП»;

Тема 3 «Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ в ОВП».

Цель: к концу обучения раздела «Заболевания эндокринной системы и нарушения обмена веществ» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, чтобы эффективно оказывать соответствующую помощь пациентам с заболеваниями эндокринной системы и нарушениями обмена веществ в разные возрастные периоды.

Задачи:

1. Обучить проведению полного клинического обследования пациентов с заболеваниями эндокринной системы и нарушений обмена веществ /состояниями органов дыхания в условиях ОВП
2. Рассмотреть распространенность основных состояний/заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ органов дыхания в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Изучить проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях эндокринной системы и нарушений обмена веществ органов дыхания и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Уметь устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания эндокринной системы и нарушений обмена веществ /состояния органов дыхания, и их семьями в условиях ОВП.
5. Уметь организовать помощь пациентам с заболеваниями эндокринной системы и нарушений обмена веществ /состояниями органов дыхания наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

1. Нормальную анатомию и физиологию эндокринной системы в различные возрастные периоды
2. Факторы риска заболеваний/состояний эндокринной системы и нарушения обмена веществ
 - 2.1. Генетическая предрасположенность
 - 2.2. Питание
 - 2.3. Ожирение
 - 2.4. Гиподинамия
 - 2.5. Дислиппротеинемия/триглицеринемия
 - 2.6. β -цитотропные вирусные инфекции
 - 2.7. Токсические вещества (нитро- и аминоксодержащие вещества)
 - 2.8. Эндемическая территория
3. Состояния/заболевания эндокринной системы и нарушения обмена веществ наиболее часто встречающиеся в ОВП.
 - 3.1. Основные симптомы и синдромы
 - 3.1.1. Полидипсия
 - 3.1.2. Офтальмопатия
 - 3.1.3. Полиурия
 - 3.1.4. Климактерический синдром
 - 3.1.5. Глюкозурия
 - 3.1.6. Гипергликемия и гипогликемия
 - 3.2. Основные заболевания/состояния эндокринной системы и нарушения обмена веществ
 - 3.2.1. Сахарный диабет взрослых, детей и новорожденных
 - 3.2.1.1. Инсулинзависимый (тип I)
 - 3.2.1.2. Инсулиннезависимый (тип II)
 - 3.2.1.3. Другие формы сахарного диабета:
 - 3.2.1.3.1. Диабет беременных
 - 3.2.1.3.1. Диабет при других заболеваниях
 - 3.2.1.3.1. Медикаментозный
 - 3.2.2. Нарушения регуляции глюкозы
 - 3.2.2.1. Гиперинсулинизм

- 3.2.2.1.1. медикаментозный
- 3.2.2.1.2. инсулинома
- 3.2.2.2. Нарушение толерантности к глюкозе
- 3.2.3. Болезни щитовидной железы
 - 3.2.3.1. Гипотиреоз:
 - 3.2.3.1.1. Первичный
 - 3.2.3.1.2. Вторичный
 - 3.2.3.1.3. Новорожденных (синдром врожденной йодной недостаточности)
 - 3.2.3.2. Тиреотоксикоз
 - 3.2.3.3. Нетоксический зоб:
- 3.2.4. Нарушения гипоталамуса и гипофиза
 - 3.2.4.1. Нарушения роста
 - 3.2.4.2. Нарушения полового созревания
 - 3.2.4.3. Нарушения гормонального баланса
- 3.2.5. Болезни надпочечников
 - 3.2.5.1. Нарушение секреции минералокортикоидов
 - 3.2.5.2. Патология мозгового вещества надпочечников
- 3.2.6. Ожирение
 - 3.2.6.1. Первичное (экзогенное)
 - 3.2.6.2. Вторичное
- 3.2.7. Дефицит веса/похудание
 - 3.2.7.1. Недостаточное питание, включая алкоголизм и наркомании, нервную анорексию, дефицит нутриентов и витаминов
 - 3.2.7.2. Связанное с другими заболеваниями/состояниями:
 - 3.2.7.2.1. Депрессия
 - 3.2.7.2.2. Злокачественные новообразования
 - 3.2.7.2.3. Хронические инфекции, включая туберкулез
 - 3.2.7.2.4. Болезни органов пищеварения
 - 3.2.7.2.5. Рахит
- 3.2.8. Нарушения обмена кальция, фосфора, магния
- 3.2.9. Опухоли и метастазы органов эндокринной системы
- 4. Неотложные состояния
 - 4.1. Комы диабетические:
 - 4.1.1. гипогликемическая
 - 4.1.2. кетоацидотическая (гипергликемическая)
 - 4.2. Острая надпочечниковая недостаточность
 - 4.3. Тиреотоксический криз
- 5. Диагностику заболеваний органов эндокринной системы и нарушения обмена веществ
 - 5.1. Клиническое обследование (опрос, физикальный осмотр, включая пальпацию щитовидной железы)
 - 5.2. Неинвазивные методы исследования органов
 - 5.2.1. Лабораторные методы исследования
 - 5.2.1.1. Клинические (сахар в капиллярной крови, сахар и ацетон в моче)
 - 5.2.1.2. Биохимический анализ крови (сахар, калий, натрий, кальций, фосфор)
 - 5.2.1.3. Исследование гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c})
 - 5.2.1.4. Исследование С-пептида в сыворотке крови и суточной моче
 - 5.2.1.5. Исследование тиреоидных гормонов в сыворотке крови (ТТГ, Т₃, Т₄)
 - 5.2.1.6. Исследование антитиреоидных антител
 - 5.2.1.7. Исследование мочи на йодурию
 - 5.2.1.8. Суточная экскреция с мочой 17-ОКС, 17-КС
 - 5.2.1.9. Проба с АКТГ
 - 5.2.1.10. Проба с дексаметазоном
 - 5.2.1.11. Исследование СТГ (соматотропный гормон), ЛГ (лютеинизирующий гормон), ФСГ (фолликулостимулирующий гормон)
 - 5.2.1.12. Исследование в моче катехоламинов (адреналина, норадреналина) и их метаболитов (ванилилминдальная кислота)
 - 5.2.1.12. Пероральный тест на толерантность к глюкозе

- 5.2.2. Рентгенография (черепа/турецкого седла, надпочечников)
- 5.2.3. Ультразвуковое исследование щитовидной и паращитовидных желез, надпочечников
- 5.2.4. Радиоизотопные методы исследования щитовидной железы
- 5.2.5. Компьютерная томография головного мозга, надпочечников, щитовидной железы
- 5.2.6. Магнитно-резонансная томография головного мозга, надпочечников, щитовидной железы
- 5.3. Инвазивные методы исследования (показания, противопоказания, осложнения, диагностическая ценность)
 - 5.3.1. пункционная биопсия узла щитовидной железы
 - 5.3.2. пункционная биопсия надпочечников
- 6. Хирургическое лечение заболеваний органов эндокринной системы и нарушений обмена веществ (показания, влияние на течение и прогноз, до- и послеоперационное амбулаторное ведение пациентов)
 - 6.1. Тиреоэктомия, резекция щитовидной железы
 - 6.2. Резекция паращитовидных желез
 - 6.3. Адреналэктомия
 - 6.4. Трансфеноидальное иссечение аденомы гипофиза
- 7 Клиническую фармакологию. Основные группы лекарственных препаратов:
 - 7.1. Сахароснижающие препараты
 - 7.1.1. Препараты инсулина, включая устройства для введения инсулина:
 - 7.1.2. Пероральные сахароснижающие препараты
 - 7.2. Тиреоидные гормоны
 - 7.3. Антигипертензивные средства
 - 7.4. Глюкокортикостероиды
 - 7.5. Калийсберегающие диуретики
 - 7.6. α -адреноблокаторы
 - 7.7. Гипокальциемические средства
 - 7.8. Препараты кальция, магния, фосфора
 - 7.9. Препараты витамина D
 - 7.10. Препараты для лечения ожирения
 - 7.11. Гормон роста
 - 7.12. Препараты, применяемые для лечения и профилактики
 - 7.12.1. Витамин С
 - 7.12.2. Препараты йода
 - 7.12.3. Препараты кальция
- 8. Немедикаментозные методы лечения
 - 8.1. Диета
 - 8.2. Лечение радиоактивным йодом
 - 8.3. Лучевая терапия гипофиза
 - 8.4. ЛФК
 - 8.5. Физическая активность
 - 8.6. Физиотерапия
 - 8.7. Психотерапия
- 9. Профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний органов эндокринной системы, нарушения обмена веществ и их осложнения в ОВП
 - 9.1. Здоровый образ жизни
 - 9.2. Питание
 - 9.3. Физическая активность
 - 9.4. Контроль веса
 - 9.5. Психосоциальный стресс
 - 9.6. Алкоголь
 - 9.7. Табакокурение
 - 9.8. Прием лекарственных препаратов с высоким риском поражения эндокринной системы
 - 9.9. Профилактика осложнений эндокринных заболеваний
 - 9.10. Скрининг
 - 11.4.1. Гипотиреоза у новорожденных и в эндемических областях
 - 11.4.2. Сахарного диабета у взрослых
- 10. Реабилитацию

- 10.1. ЛФК
- 10.2. Физиотерапия
- 10.3. Психотерапия
- 10.4. Санаторно-курортное лечение
- 11. Психосоциальные проблемы
 - 11.1. Социальная адаптация
 - 11.2. Изменения в семье, имеющей больного с заболеваниями заболеваний органов эндокринной системы и нарушений обмена веществ

Обучающийся должен уметь:

врач должен иметь необходимые навыки, чтобы применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов, имеющих проблемы/состояния/заболевания эндокринной системы, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

1. Историей болезни пациента, имеющего заболевания органов эндокринной системы и нарушения обмена веществ:

- 1.1. Опрос (жалобы, анамнез, включая половой)
- 1.2. Физикальное исследование, включая пальпацию щитовидной железы

Лабораторными исследованиями:

- 1. Проведение глюкометрии экспресс-методом тест-полосками:
 - 1.1. сравнивая со стандартной шкалой
 - 1.2. с помощью глюкометра
- 2. Определение экспресс-методом тест-полосками белка, сахара и ацетона в моче

Методами диагностики, процедуры/манипуляции:

- 1. Расчетом индекса массы тела
- 2. Измерением окружности талии
- 3. Методикой введения инъекций инсулина
- 4. Методикой чтения рентгенограмм черепа/турецкого седла, надпочечников
- 5. Методикой проведение глюкозотолерантного теста
- 6. Методикой проведения гликемического и глюкозурического профиля
- 7. Интерпретацией исследования тиреоидных гормонов в сыворотке крови (ТТГ, Т₃, Т₄)
- 8. Интерпретацией исследования антитиреоидных антител
- 9. Интерпретацией исследования мочи на йодурию
- 10. Интерпретацией исследования суточной экскреции с мочой 17-ОКС, 17-КС
- 11. Интерпретацией исследования СТГ(соматотропный гормон), ЛГ (лютеинизирующий гормон), ФСГ (фолликулостимулирующий гормон)
- 12. Интерпретацией исследования в моче катехоламинов (адреналина, норадреналина) и их метаболитов (ванилилминдальная кислота)

Оказанием неотложной помощи пациентам с состояниями/заболеваниями органов эндокринной системы и нарушениями обмена веществ:

- 1. Комы диабетические (гипогликемическая, кетоацидотическая, гиперосмолярная)
- 2. Острая надпочечниковая недостаточность
- 3. Тиреотоксический криз

Ведением пациентов после выписки из стационара с заболеваниями органов эндокринной системы и нарушениями обмена веществ, включая хирургические вмешательства:

- 1. Операции на щитовидной железе
- 2. Адреналэктомия
- 3. Трансфеноидальное иссечение аденомы гипофиза

Навыками консультации:

1. Обучением пациентов необходимости постоянной заместительной терапии при эндокринных заболеваниях
 2. Обучением пациента инъекциям препаратов инсулина
 3. Обучением пациента самостоятельному контролю уровня глюкозы больным:
 - 3.1. Обучением пациента самостоятельному определению кетоновых тел и глюкозы в моче тест-полосками
 - 3.2. Обучением пациента самостоятельному измерению уровня глюкозы в крови тест-полосками, сравнивая со стандартной шкалой
 - 3.3. Обучением пациента самостоятельному измерению уровня глюкозы в крови тест-полосками с помощью глюкометра
 4. Обучением пациентов самостоятельному контролю массы тела
 5. Обучением пациентов
2. ***Профилактическими рекомендациями пациенту с состояниями/заболеваниями органов эндокринной системы и нарушениями обмена веществ:***
- 2.1. Здоровый образ жизни
 - 2.2. Питание
 - 2.3. Назначение физических нагрузок
 - 2.4. Употребление алкоголя
 - 2.5. Консультирование семьи, имеющего больного с хроническими заболеваниями органов эндокринной системы и нарушениями обмена веществ:

Организационной работой в ОВП по ведению пациентов с заболеваниями органов эндокринной системы и нарушениями обмена веществ:

1. *Медицинской экспертизой:*
 - 1.1. Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности
 - 1.2. Проведением клинико-экспертной комиссии (КЭК)
 - 1.3. Определением медицинских показаний к трудоустройству
2. *Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:*
 - 2.1. Организацией маршрута пациента, имеющего заболевания органов эндокринной системы и нарушения обмена веществ: диагностика, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация
 - 2.2. Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам и больным с тяжелыми хроническими заболеваниями органов эндокринной системы и нарушениями обмена веществ

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Проведение полного клинического обследования пациентов с заболеваниями эндокринной системы и нарушений обмена веществ /состояниями в условиях ОВП
2. Распространенность основных состояний/заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях эндокринной системы и нарушений обмена веществ и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Умение устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния эндокринной системы и нарушений обмена веществ органов, и их семьями в условиях ОВП
5. Организация помощи пациентам с заболеваниями/состояниями эндокринной системы и нарушений обмена веществ наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (перечислить), освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя).

3. Решить ситуационные задачи

1) **Алгоритм разбора задач:** ведущая жалоба, основной клинический синдром, предварительный диагноз, план обследования и лечения, прогноз.

2) **Пример задачи с разбором по алгоритму.**

1. Впервые выявленный сахарный диабет 2 типа

Сахарный диабет 2 типа (инсулиннезависимый сахарный диабет, СД) - наиболее частая форма СД (80-90% случаев), обычно возникает у людей старше 30 лет.

Типичный больной

Женщина 58 лет, с избыточной массой тела, жалобами на общее недомогание, чувство жажды.

Признаки серьезного заболевания

Симптомы гипогликемии: потливость, беспокойство, тремор, головокружение, сердцебиение, чувство голода, неадекватное поведение, нарушения зрения, сознания, судороги.

Симптомы некетозной гипергликемической гиперосмолярной комы: любые нарушения сознания, судороги, резкая дегидратация и гипергликемия на фоне отсутствия кетоацидоза.

Признаки наличия психосоциальных факторов риска.

Социальная изоляция

Низкие материальные возможности

Нарушение когнитивных функций (снижение памяти, и др.)

Факторы риска развития СД II типа

- Нарушенная толерантность к глюкозе
- Гипергликемия натощак
- Диабет беременных в анамнезе
- Рождение ребенка весом более 4,5 кг
- Артериальная гипертония
- Дислипидемия
- Абдоминальное ожирение
- Наследственная отягощенность по СД
- Возраст больше 65 лет
- При сочетании 3 любых факторов риска необходим скрининг на СД

Ведение больного

Диагностика

Характерно постепенное начало заболевания от скрытой гипергликемии к слабо выраженной симптоматике. Отмечается склонность к инфекционным заболеваниям, особенно кожи и мочеполовой системы. Полиурия и полидипсия, зуд влагалища. Кетоацидоз – редкое явление при СД II типа.

Для диагноза СД при наличии клинических проявлений (полиурия, полидипсия, потеря веса), достаточно 1 раз обнаружить концентрацию глюкозы в крови (КГ) выше 6,1 ммоль/л натощак или выше 10 ммоль/л в произвольное время, дополнительного обследования не требуется. Если у лиц с клиническими проявлениями КГ меньше 6,1 ммоль/л натощак, то проводят тест толерантности к глюкозе. По концентрации гликолизированного гемоглобина можно оценить уровень глюкозы за предшествующие 3 месяца (в норме менее 6,5%).

Лечение

направлено на:

1. Устранение прямых последствий гипергликемии
2. Предотвращение хронических осложнений СД (ретинопатия, нефропатия, невропатия) и атеросклероза
3. Обучение больного самолечению

Обучение больного

Следует разъяснить больным хронический характер и серьезность заболевания и необходимость изменения образа жизни. Чтобы правильно выполнять лечебные рекомендации и самостоятельно принимать решения, от больного СД требуется высокая степень осведомленности. Больного учат составлять диету. Объясняют взаимосвязь между диетой, физической активностью и медикаментозной терапией. Дают специальные инструкции на случай возникновения неотложных ситуаций (гипо- и гипергликемия). По возможности необходимо обучить больного самостоятельному определению КГ с помощью домашнего глюкометра (3-4 раза в месяц, а в дебюте заболевания или при декомпенсации – ежедневно).

Немедикаментозная терапия

Калорийность пищи должна способствовать достижению и поддержанию идеальной массы тела (желательные значения индекса массы тела – менее 25 кг/м²). Уменьшать калорийность нужно только при избыточной массе (низкокалорийная диета – менее 1800 ккал/сут). Употребление алкоголя должно быть ограничено – менее 20г в пересчете на чистый алкоголь в день (полное исключение алкоголя только для больных с диабетической нейропатией), но только с пищей и при расчете рациона питания алкоголь следует приравнять к жирам. Больным следует рекомендовать регулярные, нормированные, динамические физические нагрузки с учетом, возраста, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний

Контроль над течением болезни

Главная задача – подобрать такую схему лечения, которая при нормализации гликемии не вела бы к частым и тяжелым приступам гипогликемии.

При каждом осмотре нужно:

- Изучить клинические проявления СД и его осложнений
- Оценить гликемию
- Выяснить частоту эпизодов гипогликемии
- Измерить артериальное давление
- Определить массу тела
- Оценить состояние ног: целостность кожного покрова, наличие пульсации и чувствительности на стопах и голенях (см. протокол «Диабетическая стопа»).
- Уточнить у больного регулярность и дозы принимаемых препаратов

При стабильном состоянии больного и постоянно нормальном уровне гликемии необходимо не реже 1 раза в год проводить: консультацию у эндокринолога, окулиста, невропатолога, кардиолога, биохимический анализ крови (общий белок, мочевины и креатинина сыворотки, холестерина и липопротеиды), микроальбуминурию, ОАК, ОАМ, регистрировать ЭКГ.

Из-за повышенного риска развития острой почечной недостаточности у больных СД рентгенологические обследования, требующие внутривенного введения контрастных средств, должны выполняться только при абсолютной их необходимости и только в условиях хорошей гидратации больного.

Критерии компенсации СД II типа: уровень гликолизированного гемоглобина 6-6,5 ммоль/л, КГ натощак-5-5,5 ммоль/л, КГ перед сном -6-7 ммоль/л, постпрандиальная КГ меньше 7,5 ммоль/л.

Начало медикаментозной терапии

При КГ натощак более 15 ммоль/л к режиму (диета, физическая нагрузка) необходимо срочно начинать терапию пероральными сахароснижающими препаратами.

При КГ натощак 6,1-15 ммоль/л необходимы обучение больного (диета, образ жизни), а начало медикаментозной терапии определяется обычно эндокринологом. Обычно если желательной КГ натощак (менее 6,1 ммоль/л) не удается достичь в течение 3–6 месяцев, начинают сахароснижающую терапию одним из препаратов:

При индексе массы тела более 25 кг/м² метформин (500-850мг 2-3 р/сут

При индексе массы тела менее 25 кг/м² одним из препаратов:

Глибенкламид 1,25-20 мг/сут в 1-2 приема (до 10мг - в 1 прием в первой половине дня)

Глипизид 2,5-40мг/сут в 1-2 приема (до 20мг/сут – в 1 прием в 1 половине дня).

Глибурид 1,25-20 мг/сут в 1-2 приема (до 5мг/сут – в 1 прием в 1 половине дня)

Хлорпропамид 100-500 мг/сут в 1-2 приема (до 200мг/сут – в 1 прием в 1 половине дня)

Толазамид 100-1000 мг/сут в 1-2 приема (до 250мг/сут – в 1 прием в 1 половине дня)

Толбутамид 250-3000 мг/сут в 2-3 приема (до 500мг/сут – в 2 приема)

Гликлазид 80-320 мг/сут в 1-2 приема

Гликвидон 30-120 мг/сут в 1-3 приема

Глимеперид 1-8 мг/сут в 1 прием

Репаглинид 0,5-16 мг/сут в 3-4 приема

Натеглинид 60-240 мг/сут в 3-4 приема

Пиоглитазон 15-45 мг/сут в 1 прием

Розиглитазон 2-8 мг/сут в 1-2 приема

Акарбоза 150-300 мг/сут в 3 приема

Начинают с низкой дозы с постепенным ее увеличением с интервалами примерно в 1 нед. До достижения снижения КГ или до максимальной дозы. Нужно быть особенно осторожным при выборе начальной дозы и ее изменении у лиц пожилого возраста.

- Если желательной КГ натощак (менее 6,1 ммоль/л) не удается достичь в течение следующих 3-6 месяцев, необходимо добавить второй сахароснижающий препарат.

· Если желательной КГ натощак (менее 6,1 ммоль/л) не удастся достичь в течение следующих 3-6 месяцев, необходима инсулинотерапия: прием препаратов из группы сульфанилмочевины следует прекратить, лечение метморфином продолжают, инсулин вводят в вечерние часы перед сном.

Ацетилсалициловую кислоту (75-100мг в сутки) назначают с самого начала лечения всем больным СД II типа (при отсутствии противопоказаний).

При наличии индикаторов серьезного заболевания

При выявлении индикаторов серьезного заболевания необходима срочная консультация эндокринолога.

При наличии психосоциальных факторов риска

Активное привлечение к уходу за больным родственников, социальных служб и общественных организаций, госпитализация в дневной стационар, для обучения в «Школе СД».

Оценка эффективности лечения

Наблюдение за общим состоянием больного

подразумевает поиск признаков гипер- и гипогликемии. Физикальное исследование направлено на выявление осложнений СД со стороны сердечно-сосудистой системы, почек, глаз, нервной системы и кожи. Основной профилактики и лечения осложнений СД является постоянное поддержание КГ на нормальном уровне. Следует своевременно выявлять и по возможности устранять факторы риска атеросклероза (курение, артериальная гипертензия, дислипидемия, нарушения гемостаза и коагуляции).

У больных СД необходимо регулярно измерять артериальное давление, а при артериальной гипертензии поддерживать артериальное давление ниже 130/85 мм.рт.ст. Доказано, что эффективное лечение гипертензии значительно снижает риск макро- и микрососудистых осложнений СД.

Желательные концентрации липидов ориентировочно оценивают по правилу «12345»: холестерин ЛПВП более 1 ммоль/л, триглицериды менее 2 ммоль/л, холестерин ЛПНП менее 3 ммоль/л, соотношение общего холестерина к холестерину ЛПВП менее 4, общий холестерин менее 5 ммоль/л. У 70% больных для достижения желательных значений при коррекции гиперлипидемии необходима лекарственная терапия.

Определение уровня гликемии

дает возможность оценивать эффективность лечения и при необходимости проводить его своевременную коррекцию. Коррекция гипергликемии позволяет снизить частоту сосудистых осложнений СД. Нужно предусматривать как регулярные измерения КГ при стабильном состоянии, так и необходимое увеличение их частоты, когда меняют схему лечения или возникает сопутствующее заболевание (ежедневно). Уровень глюкозы в моче отражает уровень гликемии, когда последняя превышает порог реабсорбции глюкозы в почечных канальцах (9,9 ммоль/л). Уровень глюкозы в моче измеряют, когда нет возможности измерить КГ.

2. Синдром диабетической стопы

Синдром диабетической стопы (СДС) - состояние, развившееся как осложнение сахарного диабета и характеризующееся совокупностью клинических, лабораторных и инструментальных признаков нарушения васкуляризации и (или) иннервации дистальных отделов нижних конечностей – развитием язвенно-некротических процессов в мягких тканях, деструкцией костно-суставного аппарата и нарушением опорной функции стопы.

Пациенты с синдромом диабетической стопы должны получать помощь со стороны мультидисциплинарной бригады, состоящей из врача-диабетолога, врача-хирурга, врача-ортопеда, специализированной сестры, социального работника и, при необходимости, других специалистов.

Все пациенты с диабетом должны регулярно обследоваться на наличие синдрома диабетической стопы

Все пациенты с диабетом должны быть обучены правильному уходу за стопами

Типичный пациент

Пациент с сахарным диабетом – среднего или пожилого возраста, страдающий сахарным диабетом (чаще 2-го типа), чаще мужского пола с факторами риска развития СДС (с избыточным весом, курящий, страдающий ишемической болезнью сердца или артериальной гипертензией) или симптомами СДС (жалобы на боли в стопе, плохо заживающий язвенный дефект)

Симптомы

СДС проявляется в нейропатической и ишемической форме. Признаки нейропатической формы Признаки ишемической формы

Боли в стопах

Гипо- и гиперестезии, парестезии

Теплые (горячие) стопы

Плотные отеки стоп

Деформация стоп (стопа Шарко)

Язвы стопы на ранних стадиях

Развитие на стопе гнойно-некротических процессов (влажная гангрена) Боли в стопах

Холодные и бледные стопы
Слабость в ногах и утомляемость
Переменяющаяся хромота
Отсутствие или ослабление пульсации на артериях дистальных отделов нижних конечностей
Язвы стопы на поздних стадиях
Сухая гангрена

У пациентов может также наблюдаться смешанная (нейроишемическая) форма СДС, характеризующаяся сочетанием диабетической макро- и микроангиопатии с диабетической нейропатией.

Факторы риска

Признаки периферической нейропатии

Признаки периферической сосудистой недостаточности

Деформация стопы

Ожирение

Слепота

Травмы мягких тканей стопы (механические, термические, химические), мозоли

К дополнительным факторам риска относят: курение, гипертензию, гиперхолестеринемия; неуправляемый фактор риска – мужской пол.

Признаки наличия серьезных проблем

Критическая ишемия (боли в покое или ночью, бледная «мраморная» или покрасневшая воспаленная стопа, наличие некротизированных участков, гангрена)

Гнойное воспаление в пределах язвы, флегмона стопы

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Потребность в постороннем уходе (ограничение подвижности, слепота, энцефалопатия, высокая ампутация и др. функциональные нарушения, затрудняющие самообслуживание)

Пожилой и старческий возраст, одиночество

Низкий уровень образования

Снижение уровня комплаентности (плохое соблюдение медицинских рекомендаций)

Плохой уход за больным в семье

Ведение пациента

Обследование

Особенности анамнеза, на которые следует обратить внимание

Наличие язв стопы в анамнезе

Наличие ампутаций в анамнезе

Большая длительность диабета

Профессиональные вредности (работа на ногах)

Общее обследование

Визуальный осмотр стоп

Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы

Исследование пульса на крупных артериях нижних конечностей (бедренной, подколенной, задней большеберцовой и артерии тыла стопы)

Измерение артериального давления на периферических артериях, определение лодыжечно-плечевого индекса

Линейное измерение дефекта кожи, при необходимости – исследование карманов при дефектах кожных покровов с помощью зонда

Дополнительно при консультациях специалисты проводят: измерение подвижности сустава (углометрия); ультразвуковую доплерографию артерий, рентгенографию стопы; исследование концентрации глюкозы в крови и в моче, оценку интенсивности болевых ощущений

По результатам обследования пациентов можно разделить на 4 группы:

9. низкого риска развития СДС (без нарушений чувствительности, пульсация сохранена, деформации нет, нет нарушений зрения и язв в анамнезе);

10. среднего риска развития СДС (снижение чувствительности ИЛИ отсутствие пульса ИЛИ реконструктивные операции на сосудах в анамнезе ИЛИ нарушения зрения ИЛИ функциональная недостаточность, вызванная другими причинами – ожирение, инсульт и т.п.)

11. высокого риска развития СДС (язвы в анамнезе ИЛИ отсутствие пульса и нейропатия ИЛИ мозоли в присутствии других факторов риска (нейропатия, отсутствие пульса, деформация стопы) ИЛИ ампутация в анамнезе);

12. пациенты с СДС (язвы, болезненная нейропатия)

Пациенты с диабетом должны регулярно обследоваться на наличие СДС. Оптимальная частота обследований не определена; считается достаточным 1 раз в год.

Все пациенты с диабетом должны быть обучены правильному уходу за стопами, который подразумевает: регулярные гигиенические процедуры, избегание травм и повреждений, регулярный осмотр стоп на предмет наличия повреждений, мозолей и нарушения чувствительности и своевременное обращение к врачу при обнаружении ранок, трещинок, участков воспаления или снижении чувствительности.

Пациентам с СДС следует ежедневно мыть ноги в теплой воде, кожу промокать, а не растирать полотенцем, чтобы избегать повреждений, после мытья смазывать кожу нежирным кремом, стричь ногти без закругления углов, чтобы не допускать врастания ногтей и повреждения кожи. Если ноги сильно потеют, можно использовать присыпки, чтобы предотвратить опрелости. Не следует ходить босиком, парить и греть ноги у обогревательных приборов и открытого огня. Необходимо носить удобную мягкую обувь, которая не натирает ноги. При возникновении повреждений следует обращаться к врачу, а не лечиться самостоятельно. Пациенты, которым рекомендована ортопедическая обувь, должны быть информированы, что в ней не следует водить автомобиль, ходить осторожно, особенно в начале и своевременно обновлять ее.

Лечение

При наличии признаков наличия серьезных проблем

Пациент должен быть немедленно направлен к специалисту: в стационар, специализирующийся на лечении больных с СДС (отделение гнойной или сосудистой хирургии) или в кабинет диабетической стопы, если таковой имеется в пределах физической доступности, для определения оптимального пути его дальнейшего ведения

При отсутствии признаков серьезных проблем

Направление на консультацию в кабинет диабетической стопы; при его отсутствии – к врачу-диабетологу (эндокринологу), хирургу (сосудистому хирургу), ортопеду для подбора обуви

Рекомендации по диетическим назначениям и ограничениям при диабете, правильному уходу за стопами и использовании специальной ортопедической обуви.

Школа для больных сахарным диабетом

Все пациенты должны быть поставлены в известность о том, что курение является серьезным фактором риска возникновения и прогрессирования СДС.

для снижения давления на участки стопы, предупреждения инфицирования и ускорения заживления нейротрофических язв рекомендуется использовать пластиковые лонгеты, защитные повязки и накладки, ортопедические стельки, ортопедическую обувь.

хирургическая обработка язв с использованием при необходимости антисептиков, дезинфектантов.

при грибковой инфекции – противогрибковые средства.

при инфицированных язвах – антибиотики широкого спектра действия; режим антибиотикотерапии корректируются с учетом реакции на лечение и результатов анализа чувствительности.

также могут быть полезны:

трициклические антидепрессанты при нейропатии

бекаплермин при хронических незаживающих язвах в сочетании с мерами по снижению плантарного давления для ускорения заживления; пересадка кожи;

гранулоцитарный колоний-стимулирующий фактор подкожно при инфицированных язвах.

При наличии психосоциальных факторов риска

Организовать наблюдение и помощь на дому с помощью патронажных сестер или сестринских бригад.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Экстренный вызов ВОП на дом. Больной Б., 18 лет, в бессознательном состоянии. Со слов родственников установлено, что два дня назад простудился, повысилась температура, ухудшился аппетит, появилась тошнота, жажда, слабость. Позднее после приема пищи появилась рвота, боли в животе, понос, самочувствие значительно ухудшилось. Полностью отказался от приема пищи, считая, что причина ухудшения пищевое отравление, несмотря на это рвота повторилась. Был обнаружен родителями в бессознательном состоянии дома. Из перенесенных заболеваний в детском возрасте: пневмония, краснуха, эпидемический паротит. Наследственность не отягощена. Любил употреблять соки, газированные напитки в значительном количестве.

Объективно: общее состояние тяжелое. Сознание отсутствует. Сухая кожа и слизистые, снижен тонус мышц. Лицо гиперемировано. Мягкие глазные яблоки. Зрачки равномерно сужены. Дыхание типа Куссмауля, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, температура - 36° С. В легких жесткое дыхание. Пульс 100 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения. АД-90/60 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Язык сухой, с коричневым

налетом. Живот мягкий, напряжения мышц не выявлено, на пальпацию слабо реагирует. Печень не увеличена. Рефлексы резко снижены.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

На прием к ВОП обратился больной С., 22 года, с жалобами на сухость во рту, жажду, головную боль, увеличение массы тела за последние 8 месяцев на 10кг, снижение либидо и потенции. Болеет 4 года, возникновение заболевания связывает с перенесенным в тяжелой форме гриппом. Объективно: рост-172см, масса тела-105кг. Лицо лунообразное. Отложение подкожной жировой клетчатки по диспластическому типу, преимущественно в области пояса, верхних конечностей, туловища. Кожа сухая, на боковых поверхностях живота багрово-красные полосы. Гипоплазия ягодичных мышц и мышц бедер. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной тупости сердца смещена на 2см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД-165/105 мм рт.ст. PS=76 в мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Дополнительные исследования: общий анализ крови - без изменений; в моче - 0,5% глюкозы; глюкоза крови натощак - 7,27ммоль/л.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

На прием к ВОП обратилась больная С., 45 лет, с жалобами на вялость, снижение работоспособности, повышенную утомляемость, головные боли, сухость кожи, отеки век и голеней, одышку при ходьбе, ноющие боли в области сердца, нерегулярные менструации. Считает себя больной в течение 3-х лет. За медицинской помощью обратилась впервые. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная, сухая, тургор понижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа диффузно увеличена, II степень. Подкожная жировая клетчатка 4см. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечный ритм правильный. PS=ЧСС=60 в мин. АД-105/70мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки. Печень у края реберной дуги.

За время пребывания в отделении отмечалась склонность к гипотонии и брадикардии. Общий анализ крови: Hb-112г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.П.-0,9, лейкоциты и лейкоформула в пределах нормы, СОЭ – 3 мм/час. Холестерин - 12ммоль/л.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

На прием к ВОП обратилась больная Н., 65 лет, с жалобами на сухость во рту, выпивает около 5л жидкости за сутки, зуд кожи, частое мочеиспускание, быструю утомляемость, раздражительность, головную боль. Заболевание развилось через 3-4 недели после перенесенного гриппа. Объективно: рост – 156см, масса тела - 68кг. Кожные покровы сухие на ощупь. Подкожная клетчатка развита избыточно, равномерно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. АД-150/90 мм рт.ст. Р-68 в мин., ритмичный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не пальпируются.

Дополнительные исследования: глюкоза крови натощак - 12ммоль/л, глюкоза в моче - 87,27 ммоль/л при суточном диурезе 4 л. Альбуминурия за сутки 27 мг.

Глазное дно: макулярный отек на глазном дне.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Определите группы риска развития данного заболевания.
2. Сформулируйте предварительный диагноз с указанием степени тяжести заболевания (с учетом проведенных исследований).
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания с указанием дозировки).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

При осмотре ВОП больной О., 45 лет, выявлено, что после стресса появляется раздражительность, потливость, плаксивость, снижение массы тела, одышку.

При осмотре больной: состояние средней тяжести, кожные покровы влажные. Определяется усиленный блеск глаз, широкие глазные щели, редкое мигание. Мелкий тремор кистей вытянутых рук. Граница относительной сердечной тупости расширена влево, сердечный ритм правильный. Ps-100 в мин., АД-130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа определяется визуально, при пальпации безболезненна.

В анализе крови выявлен лейкоцитоз, гипохромная анемия.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

Задание: Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз: Варианты ответа:

- А. Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести, субкомпенсация. Диабетическая периферическая полинейропатия нижних конечностей. Абдоминальное ожирение I степени.
- Б. Сахарный диабет 2 типа, тяжелой степени, субкомпенсация. Диабетическая нефропатия, стадия протеинурии, ХПН. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Диабетическая макроангиопатия: окклюзия задних большеберцовых артерий с обеих сторон. Абдоминальное ожирение I степени.
- В. Сахарный диабет 1 типа, тяжелое течение, декомпенсация. Диабетическая ретинопатия I степени ОИ. Диабетическая нейропатия нижних конечностей.
- Г. Нейропатия, стадия протеинурии. ХПН. Симптоматическая артериальная гипертензия.
- Д. Первичный послеоперационный гипотиреоз, средней степени тяжести, декомпенсация.
- Е. Аутоиммунный тиреоидит, атрофический вариант, гипотиреоз средней степени тяжести, декомпенсация.
- Ж. Метаболический синдром "Х", полная форма, с ожирением I степени, нарушением толерантности к углеводам, артериальной гипертензией, дислипидемией.
- З. АИТ, гипертрофический вариант, 2 степень увеличения щитовидной железы (по ВОЗ). Тиреотоксикоз тяжелой степени. Тиреотоксическая миокардиодистрофия. Пароксизмальная мерцательная аритмия. ХСН II ФК.

И. ДТЗ 2 степени (по ВОЗ), тиреотоксикоз тяжелой степени. Тиреотоксическая МКД. Персистирующая форма фибрилляции предсердий ХСН II ФК.

1. На прием к врачу общей практики обратилась пациентка К, 35 лет с жалобами на чувство "инородного тела" в области шеи при глотании, повышенную слабость, утомляемость, зябкость, колющие боли в области сердца, прибавка в весе за последние 3 месяца 5кг, при пониженном аппетите. Запоры, сухость кожи, отмечает ухудшение в течение последнего года.

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, сухие. Плотные отеки под глазами. Глазные симптомы отрицательные. Язык отечный, речь замедленная. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=PS=60/мин. АД 120/80, живот мягкий, безболезненный. Пастозность голеней. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Рекомендовано дообследование у эндокринолога в поликлинике. Результаты: ТТГ 10 Мег/л (N 0,2-5), св Т₄ 2 пМ (N 11,5-23М); Антитела к ТПО (тиреопероксидазе) выявлены в диагностическом титре. По УЗИ ЩЖ: общий объем ЩЖ-7мм; структура железы однородная, с участками пониженной эхогенности до 0,5-0,8 см в диаметре.

2. Пациент П, 64 лет в течение 5 последних лет лечится у кардиолога по поводу приступов учащенных, аритмичных сердцебиений, чувства "перебоев" в работе сердца, которые купируются при вызове "скорой помощи" в/в введением новакоинамида. Дополнительно предъявляет жалобы на бессонницу, раздражительность, потливость. Похудел на 10кг за последние 6 месяцев, при повышенном аппетите.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Эмоциональная лабильность. Гиперемия лица, шеи; кожа влажная, горячая. Щитовидная железа видна "на глаз", пальпируются обе ее доли, размерами более дистальной фаланги пальца пациента. Блеск глаз. Легкий тремор кончиков пальцев рук и языка. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС= 102-106/мин, PS-100-104/мин (дефицит пульса 2 мин) АД 130/80. Пастозность голеней. После дообследования: св. Т₄ -30 пМ, ТТГ 0,01 Мег/л ОАК-N; ОАМ-N, Холестерин 3,2 ммоль/л, альбумины 50 г/л; МНО 1,38 (на фоне приема варфарина). ПоУЗИ-ЩЖ: общий объем ЩЖ-30,8мл, структура ее однородная, крупнозернистая.

3. Пациент И, 48 лет. повышенного питания (ИМТ=32) с преимущественным распределением жировой клетчатки в области живота. При прохождении профилактического осмотра выявлено повышение АД до 150/100 мм.рт.ст. Гликемия натощак 6,2 ммоль/л; холестерин 6,0 ммоль/л, триглицериды 2,5 ммоль/л. При проведении теста толерантности к углеводам ("сахарная кривая") с 75г глюкозы получен результат: до нагрузки гликемия 6,3 ммоль/л, через 2 часа-9 ммоль/л.

Ответ: 1-Е, 2 - И, 3-Ж.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)

2.1 Этапы оказания эндокринологической помощи в амбулаторных условиях.

2.2 Контингента эндокринологических больных, подлежащие диспансерному наблюдению.

2.3 Применение методики диспансерного наблюдения при эндокринологических заболеваниях (болезни щитовидной железы, нарушение эндокринологической функции поджелудочной железы, болезни надпочечников).

2.4 Принципы экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности при основных эндокринологических заболеваниях.

2.5 Вопросы санаторно-курортного лечения при конкретных эндокринологических заболеваниях.

2.6 Профилактика эндокринологических заболеваний.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

001. При недостаточности инсулина наблюдается:

1. гипергликемия;
2. увеличение образования кетоновых тел;
3. уменьшение синтеза гликогена;
4. усиление синтеза гликогена;
5. уменьшение образования кетоновых тел.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

002. При недостаточности инсулина наблюдается:

1. гипергликемия;
2. гиперкетонемия;
3. жировая инфильтрация печени;
4. гиполиппротеинемия;
5. снижение уровня неэтерифицированных жирных кислот.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

003. Сахарный диабет у подростков является результатом:

1. вирусного повреждения поджелудочной железы;
2. нарушения чувствительности рецепторов к инсулину;
3. нарушения биосинтеза инсулина
4. аутоиммунного повреждения поджелудочной железы.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

004. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом:

- А) жирового гепатоза;
- Б) гепатита;
- В) цирроза;
- Г) сердечной недостаточности;
- Д) диабетической нефропатии.

005. Нормальный базальный уровень глюкозы в крови (по чистой глюкозе) составляет:

- А) 8,3-10,1 ммоль/л;
- Б) 6,2-9,3 ммоль/л;
- В) 2,7-5,5 ммоль/л;
- Г) 3,8-6,7 ммоль/л;
- Д) 3,3-5,5 ммоль/л.

006. Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет:

- А) 8,43 ммоль/л;
- Б) 7,22 ммоль/л;
- В) 9,6 ммоль/л;
- Г) 10,1 ммоль/л;
- Д) 7,8 ммоль/л.

007. Для выявления сахарного диабета и его типа проводят следующие исследования:

1. тест толерантности к глюкозе;
2. глюкозокортикоидную пробу;
3. исследование пробным завтраком, включающим 300 грамм легкоусвояемых углеводов, с последующим (через 2 часа) определением сахара в крови;
4. УЗИ поджелудочной железы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

008. Сердечно-сосудистые нарушения при сахарном диабете характеризуются:
1. брадикардией;
 2. тахикардией;
 3. зависимостью частоты пульса от ритма дыхания, физических и эмоциональных нагрузок;
 4. ортостатической артериальной гипотензией.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
009. Поражение органов зрения при сахарном диабете включает:
1. диабетическую ретинопатию;
 2. блефарит;
 3. ячмень;
 4. дистрофические изменения роговицы.
- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
010. Сахарный диабет II типа характеризуется:
1. повышенным или нормальным содержанием инсулина в плазме;
 2. отсутствием ассоциации с HLA-гаплотипами;
 3. отсутствием склонности к кетоацидозу;
 4. наличием антител к инсулинообразующим клеткам островков поджелудочной железы;
 5. нормальным состоянием инсулиновых рецепторов.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
011. Наименьшим антигенным свойством обладает:
1. инсулин крупного рогатого скота;
 2. китовый инсулин;
 3. овечий инсулин;
 4. свиной инсулин.
- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
012. Уровень гликемии натощак при сахарном диабете, при котором не следует назначать инсулин:
- А) 11,1 ммоль/л;
 - Б) 3,8 ммоль/л;
 - В) 6,7 ммоль/л;
 - Г) 5,5 ммоль/л;
 - Д) 7,4 ммоль/л.
013. Потребность в вводимом инсулине на первом году заболевания сахарным диабетом составляет:
- А) 0,3 Ед на 1 кг массы тела в сутки;
 - Б) 0,4 Ед на 1 кг массы тела в сутки;
 - В) 0,5 Ед на 1 кг массы тела в сутки;
 - Г) индивидуальная в зависимости от степени инсулиновой недостаточности;
 - Д) 0,6 Ед на 1 кг массы тела в сутки.
014. К инсулинам суточного действия относятся:

1. “ультраленте”;
2. протафан;
3. ультратард;
4. монотард;
5. инсулин Б.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

015. Применение сульфаниламидных препаратов у больных сахарным диабетом показано при:

1. диабетической ретинопатии I стадии;
2. диабетической нефропатии III стадии;
3. перенесенном гепатите;
4. сахарном диабете II типа средней тяжести.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

016. Показанием к применению бигуанидов является:

1. сахарный диабет II типа в сочетании с ожирением;
2. хронические заболевания, сопровождающиеся тканевой гипоксией;
3. ожирение;
4. сахарный диабет I типа.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

017. К побочным явлениям бигуанидов относятся:

1. молочнокислый ацидоз;
2. диспепсические явления;
3. аллергические кожные реакции;
4. тахикардия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

018. Потребность в вводимом в дневные часы инсулине составляет в среднем:

- А) 50% от суточной дозы;
- Б) 70% от суточной дозы;
- В) 30% от суточной дозы;
- Г) 10% от суточной дозы;
- Д) 25% от суточной дозы.

019. Ожирение является фактором риска для:

1. сахарного диабета;
2. атеросклероза;
3. желчно-каменной болезни;
4. почечно-каменной болезни;
5. хронического гастрита.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
020. Из перечисленных симптомов для диффузного токсического зоба характерны:
1. похудание;
 2. постоянное сердцебиение;
 3. общий гипергидроз;
 4. дрожание конечностей, мышечная слабость.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
021. В терапии диффузного токсического зоба могут использоваться:
1. бета-адреноблокаторы;
 2. глюкокортикоиды;
 3. мерказолил;
 4. вероширон.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) если правильны ответы 1 и 3;
 В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
022. Основным методом лечения больных с узловым токсическим зобом моложе 30 лет является:
- А) оперативное лечение;
 - Б) лечение ¹³¹J;
 - В) лечение мерказолилом;
 - Г) комбинированное лечение мерказолилом и глюкокортикоидами;
 - Д) лечение глюкокортикоидами.
023. Для аутоиммунного тиреоидита характерно:
1. повышение титра антител к микросомальной фракции клеток щитовидной железы;
 2. увеличение шейных лимфатических узлов;
 3. равномерное включение радиофармпрепарата в ткань щитовидной железы;
 4. повышение температуры тела.
- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 В) - если правильны ответы 2 и 4;
 Г) - если правильный ответ 4;
 Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
024. Для подострого тиреоидита характерно:
1. выраженный болевой синдром;
 2. лейкоцитоз, увеличения СОЭ;
 3. повышение титра антител к тиреоидным гормонам;
 4. экзофтальм.
- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 В) - если правильны ответы 2 и 4;
 Г) - если правильный ответ 4;
 Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
025. Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются:
1. определение тироксина (Т4);
 2. определение тиреотропного гормона (ТТГ);
 3. определение трийодтиронина (Тз);

4. определение белковосвязанного йода в крови (СБЙ);
5. определение основного обмена.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

026. Тиреотоксическая аденома характеризуется:

1. наличием узлового зоба;
2. эндокринной офтальмопатией;
3. снижением уровня ТТГ;
4. сочетанием с миастенией;
5. высоким уровнем тиреотропного гормона (ТТГ).

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

027. Для гипотиреоза характерно:

1. сухость кожных покровов;
2. склонность к запорам;
3. сонливость;
4. брадикардия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

028. Для лечения гипотиреоза применяют:

1. тиреоидин;
2. тироксин;
3. трийодтиронин;
4. мерказолил.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

029. Для диагностики феохромоцитомы применяют:

1. исследование катехоламинов в суточной моче;
2. аортографию;
3. исследование катехоламинов в венозной крови;
4. пробу с АКТГ.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

030. Для болезни Иценко-Кушинга характерно:

1. истончение конечностей;
2. атрофия мышц ягодичной области;
3. наличие стрий;
4. выпадение волос на лобке и в подмышечных областях.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

031. Наиболее информативно при дифференциальной диагностике болезни Иценко-Кушинга и кортикостероиды:

1. определение суточного ритма кортизола;
2. проба с дексаметазоном;
3. сканирование надпочечников;
4. определение суммарного количества 17-кетостероидов в крови;
5. проба с АКТГ

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

032. Соматотропный гормон обладает:

1. диабетогенным действием;
2. жиромобилизующим действием;
3. анаболическим действием;
4. катаболическим действием.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

033. Для активной стадии акромегалии характерно:

1. нарушение углеводного обмена;
2. повышение уровня соматомедина С в крови;
3. артропатия;
4. гипертрофия мягких тканей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

034. Причиной возникновения церебрально-гипофизарной недостаточности может быть:

1. травма черепа с последующим кровоизлиянием;
2. опухоль турецкого седла;
3. туберкулез;
4. менингоэнцефалит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

035. Для синдрома Шихена (Шиена) характерны:

1. недостаточность функции щитовидной железы;
2. недостаточность функции надпочечников;
3. снижение функции половых желез;
4. кахексия;
5. сахарный диабет.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

036. Церебрально-гипофизарную недостаточность необходимо дифференцировать с:

- 1. неврогенной анорексией;
- 2. аддисоновой болезнью;
- 3. первичным гипотиреозом;
- 4. первичным гипогонадизмом;

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

037. При церебрально-гипофизарной недостаточности снижается выработка:

- 1. адренокортикотропного гормона (АКТГ), соматотропного гормона (СТГ);
- 2. тиреотропного гормона (ТТГ);
- 3. лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ);
- 4. пролактина.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

038. Для аддисоновой болезни характерны:

- 1. пигментация;
- 2. артериальная гипотензия;
- 3. похудание;
- 4. аменорея;
- 5. повышение основного обмена.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

039. Первичный гипокортицизм необходимо дифференцировать с:

- 1. гемохроматозом;
- 2. диффузным токсическим зобом
- 3. склеродермией;
- 4. хроническим энтеритом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

040. При сочетании аддисоновой болезни с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки предпочтительнее назначение:

- 1. кортизола;
- 2. дексаметазона;
- 3. преднизолона;
- 4. ДОКСА.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

041. При выведении больного из аддисонического криза необходимо использовать:

1. гидрокортизон сукцинат (внутривенно);
2. ДОКСА (внутримышечно);
3. физиологический раствор с глюкозой (внутривенно);
4. ДОКСА (сублингвально).

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

042. При сочетании аддисоновой болезни с гипертонической болезнью показано назначение:

- А) ДОКСА;
- Б) кортизона;
- В) преднизолона;
- Г) триамсинолона;
- Д) дексаметазона.

043. Для первичного альдостеронизма характерны:

1. положительная проба с верошпироном;
2. гиперкалиемия;
3. гипокалиемия;
4. отсутствие изменений на экг.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

044. Наиболее часто встречающиеся клинические формы врожденной вирилизирующей гиперплазии коры надпочечников:

1. сольтеряющая без выраженной вирилизации
2. простая вирильная форма (неосложненная)
3. гипертоническая
4. сольтеряющая
5. протекающая с гипогликемией

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

045. Для адреногенитального синдрома у взрослых женщин характерно:

1. гермафродитного строения наружных гениталий;
2. изменения кровяного давления;
3. нарушения менструаций (гипоаменореи);
4. гирсутизма.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, и 4.

046. Климактерический период характеризуется:

1. вегетативно-сосудистыми нарушениями;
2. кожными высыпаниями;
3. нейropsychическими расстройствами;
4. диспептическими расстройствами.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, и 4.

047. Климактерический период может сопровождаться:

1. приливами;
2. болью в сердце;
3. чувством нехватки воздуха;
4. диэнцефальными кризами.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, и 4.

048. Для лечения вегетативно-сосудистых нарушений климактерического периода применяют:

1. седативные средства;
2. препараты, снижающие тонус симпатической нервной системы;
3. малые дозы эстрогенов или андрогенов;
4. блокаторы функции щитовидной железы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

049. При лечении климактерической кардиопатии может быть эффективным применение:

1. индерала;
2. эрготамина;
3. препаратов калия;
4. климактерина.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

050. Для выведения из гипогликемической комы назначают:

1. внутримышечное введение 5% раствора глюкозы;
2. подкожное введение 5% раствора глюкозы;
3. прием внутрь 2-3 кусочков сахара;
4. внутривенное вливание 40% раствора глюкозы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

051. Для синдрома галактореи-аменореи характерно:

1. гипертрихоз;
2. бесплодие;
3. избыточная масса тела;

4. дакторея.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

052. Ятрогенная галакторея развивается при длительном применении:

- 1. нейролептиков;
- 2. антидепрессантов;
- 3. оральных контрацептивов;
- 4. нитратов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

053. Для инсулин-независимого сахарного диабета характерно:

- 1. гликемия натощак 5,5 ммоль/л;
- 2. гликемия через 2 часа после еды не более 7 ммоль/л;
- 3. отсутствие глюкозурии;
- 4. отсутствие ацетонурии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

054. Для тяжелой формы болезни Иценко-Кушинга характерно:

- 1. прогрессирующая мышечная слабость
- 2. патологические переломы костей;
- 3. сердечно-легочная недостаточность;
- 4. тяжелые психические расстройства.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

055. Для острой недостаточности надпочечников характерно:

- 1. гипонатриемия
- 3. гипохлоремия
- 3. гиперкалиемия
- 4. гипогликемия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

056. Сахаропонижающее действие препаратов сульфонилмочевины связано с:

- 1. повышением секреции эндогенного инсулина;
- 2. потенцированием действия инсулина
- 3. нейтрализацией действия антагонистов инсулина;
- 4. улучшением утилизации глюкозы.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

057. Для гиперосмолярной гипергликемической комы характерны:

1. гиперосмолярность
2. гипергликемия;
3. гипернатриемия
4. дыхание типа Куссмауля;
5. кетоацидоз.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

058. Для синдрома Шерешевского-Тернера характерны:

1. гипогонадизм
2. низкий рост;
3. соматические нарушения;
4. опережение костного возраста;
5. гирсутизм.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

059. При острой недостаточности коры надпочечников наблюдается:

1. гипонатриемия;
2. гипохлоремия;
3. гиперкалиемия;
4. низкий уровень сахара в крови.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

060. Стойкая тахикардия у больных инсулинозависимым сахарным диабетом может быть обусловлена:

1. сочетанием с токсическим зобом;
2. сердечной недостаточностью;
3. гипохромной анемией;
4. автономной сердечной нейропатией.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

061. Для синдрома галактореи-аменореи характерно:

1. гипертрихоз;
2. бесплодие;
3. избыточная масса тела;
4. лакторея.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;

- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

062. Ятрогенная галакторея развивается при длительном применении:

1. нейролептиков;
2. антидепрессантов;
3. резерпина и его производных;
4. оральных контрацептивов.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

063. Гипертонический криз при первичном альдостеронизме характеризуется:

1. резкой головной болью;
2. тошнотой, рвотой;
3. снижением или потерей зрения;
4. резким повышением артериального давления, особенно диастолического.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

064. Для диабетической ретинопатии II стадии характерно:

1. точечные кровоизлияния в сетчатку;
2. микроаневризмы;
3. наличие мягких экссудатов;
4. отсутствие неоваскуляризации.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

065. В норме уровень сахара в крови при проведении теста на толерантность к глюкозе:

- А) превышает исходный уровень на 80% и более через 30-60 мин после нагрузки;
- Б) не превышает исходного уровня более чем на 80% через 30-60 мин после нагрузки;
- В) превышает исходный уровень более чем на 100% через 1 час после нагрузки;
- Г) достигает 8-9 ммоль/л через 2 часа после нагрузки;
- Д) превышает исходный уровень на 20% и более через 60 мин после нагрузки.

"Верно - неверно"

Выбрать абсолютно неверные ответы:

066. Понятие "метаболический синдром" включает:

- а) Сахарный диабет или нарушение толерантности к углеводам.
- б) Атеросклероз
- в) Гипертония
- г) Гипоинсулинемия
- д) Абдоминальное ожирение
- е) Снижение уровня ХС ЛПНП
- ж) Гипотриглицеридемия
- з) Гиперурикемия

А-тип.

Выбрать один правильный ответ:

067. Диагноз "нарушение толерантности к углеводам" выставляется, если:

- а) Глюкоза плазмы натощак менее 6,1 ммоль/л; через 2 часа после проведения ОТТГ с 75г глюкозы - менее 7,8 ммоль/л.

- б) Глюкоза плазмы натощак более 7,0 ммоль/л двукратно в разные дни.
- в) Глюкоза плазмы натощак менее 7,0 ммоль/л, а через 2 ч после ОТТГ с 75г глюкозы больше или равно 7,8, но меньше 11,1 ммоль/л.
- г) Глюкоза плазмы натощак более 7,0 ммоль/л, через 2 ч после ОТТГ с 75г глюкозы меньше или равно 11,1 ммоль/л

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

К-тип.

Выбрать правильную комбинацию ответов:

068. Для сахарного диабета средней тяжести характерно:

- 1) Отсутствие микро - и макроангиопатий
- 2) диабетическая препролиферативная ретинопатия
- 3) диабетическая непролиферативная ретинопатия
- 4) диабетическая пролиферативная ретинопатия
- 5) диабетическая нефропатия (стадия микроальбуминурии)
- 6) диабетическая нефропатия (стадия протеинурии)
- 7) хроническая почечная недостаточность
- 8) диабетическая полинейропатия
- 9) автономная полинейропатия

10) наличие макроангиопатий

Комбинации ответов:

А: 1,3,5,7,10 Г: 3,6,9,10

Б: 2,5,8 Д: 3,5,8

В: 3,6,9, Е: 4,5,8

Р-тип

069. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз: Варианты ответа:

А. Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести, субкомпенсация. Диабетическая периферическая полинейропатия нижних конечностей. Абдоминальное ожирение I степени.

Б. Сахарный диабет 2 типа, тяжелой степени, субкомпенсация. Диабетическая нефропатия, стадия протеинурии, ХПН. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Диабетическая макроангиопатия: окклюзия задних большеберцовых артерий с обеих сторон. Абдоминальное ожирение I степени.

В. Сахарный диабет 1 типа, тяжелое течение, декомпенсация. Диабетическая ретинопатия I степени ОИ. Диабетическая нейропатия нижних конечностей.

Г. Нефропатия, стадия протеинурии. ХПН. Симптоматическая артериальная гипертензия.

Д. Первичный послеоперационный гипотиреоз, средней степени тяжести, декомпенсация.

Е. Аутоиммунный тиреоидит, атрофический вариант, гипотиреоз средней степени тяжести, декомпенсация.

Ж. Метаболический синдром "Х", полная форма, с ожирением I степени, нарушением толерантности к углеводам, артериальной гипертензией, дислипидемией.

З. АИТ, гипертрофический вариант, 2 степень увеличения щитовидной железы (по ВОЗ). Тиреотоксикоз тяжелой степени. Тиреотоксическая миокардиодистрофия. Пароксизмальная мерцательная аритмия. ХСН II ФК.

И. ДТЗ 2 степени (по ВОЗ), тиреотоксикоз тяжелой степени. Тиреотоксическая МКД. Персистирующая форма фибрилляции предсердий ХСН II ФК.

1. На прием к врачу общей практики обратилась пациентка К, 35 лет с жалобами на чувство "инородного тела" в области шеи при глотании, повышенную слабость, утомляемость, зябкость, колющие боли в области сердца, прибавка в весе за последние 3 месяца 5кг, при пониженном аппетите. Запоры, сухость кожи, отмечает ухудшение в течение последнего года.

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, сухие. Плотные отеки под глазами. Глазные симптомы отрицательные. Язык отечный, речь замедленная. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=PS=60/мин. АД 120/80, живот мягкий, безболезненный. Пастозность голеней. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Рекомендовано дообследование у эндокринолога в поликлинике. Результаты: ТТГ 10 Мег/л (N 0,2-5), св Т₄ 2 нМ (N 11,5-23М); Антитела к ТПО (тиреопероксидазе) выявлены в диагностическом титре. По УЗИ ЩЖ: общий объем ЩЖ-7мм; структура железы однородная, с участками пониженной эхогенности до 0,5-0,8 см в диаметре.

2. Пациент П, 64 лет в течение 5 последних лет лечится у кардиолога по поводу приступов учащенных, аритмичных сердцебиений, чувства "перебоев" в работе сердца, которые купируются при вызове "скорой помощи" в/в введением новачоинамида. Дополнительно предъявляет жалобы на бессонницу,

раздражительность, потливость. Похудел на 10кг за последние 6 месяцев, при повышенном аппетите. Объективно: Состояние удовлетворительное. Эмоциональная лабильность. Гиперемия лица, шеи; кожа влажная, горячая. Щитовидная железа видна "на глаз", пальпируются обе ее доли, размерами более дистальной фаланги пальца пациента. Блеск глаз. Легкий тремор кончиков пальцев рук и языка. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС= 102-106/мин, PS-100-104/мин (дефицит пульса 2 мин) АД 130/80. Пастозность голеней. После дообследования: св. Т₄ -30 пМ, ТТГ 0,01 Мег/л ОАК-N; ОАМ-N, Холестерин 3,2 ммоль/л, альбумины 50 г/л; МНО 1,38 (на фоне приема варфарина). ПоУЗИ-ЩЖ: общий объем ЩЖ-30,8мл, структура ее однородная, крупнозернистая.

3. Пациент И, 48 лет. повышенного питания (ИМТ=32) с преимущественным распределением жировой клетчатки в области живота. При прохождении профилактического осмотра выявлено повышение АД до 150/100 мм.рт.ст. Гликемия натощак 6,2 ммоль/л; холестерин 6,0 ммоль/л, триглицериды 2,5 ммоль/л. При проведении теста толерантности к углеводам ("сахарная кривая") с 75г глюкозы получен результат: до нагрузки гликемия 6,3 ммоль/л, через 2 часа-9 ммоль/л.

В-тип.

070. К каждому пронумерованному симптому подберите наиболее подходящий ответ:

- | | |
|-----------------------|---|
| 1. Симптом Штельвага | А- отставание верхнего века при взгляде вниз |
| 2. Симптом Кохера | Б- гиперпигментация век |
| 3. Симптом Грефе | В- нарушение конвергенции |
| 4. Симптом Еллинека | Г- редкое мигание |
| 5. симптом Мебиуса | Д- отставание верхнего века при взгляде прямо |
| 6. Симптом Дельримпля | Е- отставание верхнего века при взгляде вверх |

1-А	11-Г	21-А	31-А	41-А	51-Д	61-Д
2-А	12-Г	22-А	32-А	42-Г	52-А	62-Д
3-В	13-Б	23-Б	33-Д	43-Б	53-Г	63-Д
4-А	14-Г	24-А	34-Д	44-В	54-Д	64-Д
5-Д	15-Г	25-А	35-А	45-Д	55-Д	65-Б
6-Д	16-Б	26-Б	36-Д	46-Б	56-Д	66-г,е,ж
7-А	17-А	27-Д	37-Д	47-Д	57-А	67- в
8-В	18-Б	28-А	38-А	48-А	58-А	68-д
9-Д	19-А	29-А	39-Д	49-Д	59-Д	69) 1-Е 2-И 3-Ж
10-А	20-Д	30-А	40-Г	50-Г	60-Д	70) 1-Г 2-Е 3-А 4-Б 5-В 6-Д

4) Решить ситуационные задачи.

Задача 1

Больная С. 25 лет, предъявляет жалобы на головные боли, слабость, утомляемость, потливость, изменение внешности (увеличение носа, утолщение губ), огрубение голоса, укрупнение конечностей, онемение пальцев рук, боли в суставах. Указанная симптоматика появилась в течение последних трех лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост – 177 см, вес 70 кг. Черты лица крупные, отмечается наличие

диастемы, прогнатизма. Кожные покровы обычного цвета, влажные, множественные acne vulgaris на лице, спине. В легких дыхание везикулярное, ЧСС- 72 уд. в 1 мин, АД – 180 / 100 мм рт ст. Щитовидная железа увеличена до II ст. без узловых образований.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Определите дальнейшую тактику обследования и лечения в условиях ОВП.

Задача №2

Девочка 14 лет обратилась с жалобами на низкий рост, отсутствие вторичных половых признаков. Объективно: физическое развитие ниже среднего, соответствует 9 годам (SDS роста -2,9), пропорциональное. Отмечается «птеригиум», гипертелоризм сосков. Кожа чистая, умеренно-влажная. ЧСС – 76 в мин. Тоны сердца – ясные, ритмичные. Живот мягкий безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки отсутствуют. Из семейного анамнеза известно, что родители девочки - среднего роста.

Наиболее вероятный диагноз?

- А. Семейная низкорослость
- В. Синдром Иценко-Кушинга
- С. Синдром Шерешевского-Тернера
- Д. Врожденный гипотиреоз
- Е. Конституциональная задержка роста и пубертата

Ответ: С

Каков необходимый минимум исследований? Тактика ВОП.

Задача № 4

Больная З., 45 лет, предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, мышечную дрожь, потемнение кожных покровов, снижение аппетита, тошноту, понос. Из анамнеза выявлено, что больная более двух лет снята с учета по поводу туберкулеза легких.

При осмотре: больная пониженного питания, кожные покровы бронзовой окраски, гиперпигментация слизистой полости рта. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены на верхушке. Ps – 98 в минуту, АД – 100/60 мм рт.ст. Изменений со стороны системы дыхания и пищеварения не выявлены.

Общий анализ крови: Hb-105 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Ц.П. – 0,9, лейкоциты – 11×10^9 /л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 44%, эозинофилы – 8%, лимфоциты – 42%, моноциты – 5%, СОЭ - 20 мм/час. Глюкоза крови – 3,0 ммоль/л, Na⁺ плазмы крови -117 ммоль/л, K⁺ - 5,1 ммоль/л. ЭКГ - снижение вольтажа основного комплекса QRS, двухфазный зубец Т.

Задания

1. Выделите основные синдромы.
2. Какие заболевания необходимо исключать в данном случае?
3. Дополните необходимое лабораторное и инструментальное обследование, укажите характерные изменения.
4. С какой целью при данном заболевании проводится проба Торна? Ее сущность.
5. Сформулируйте диагноз.
6. Тактика ВОП.

Рекомендуемая литература:

Основная:

15. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.
16. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.

Дополнительная:

20. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

РАЗДЕЛ: «Внутренние болезни».

Подраздел 1. Аллергия.

Тема 1.1:

Тема 1 «Факторы риска аллергических заболеваний/состояний»;

Тема 2 «Аллергические состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП»;

Тема 3 «Аллергия, связанная с заболеваниями/состояниями других органов и систем»;

Тема 4 «Профилактика наиболее часто встречающихся аллергических заболеваний в ОВП».

Цель: к концу обучения раздела «Аллергия» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, чтобы эффективно оказывать соответствующую помощь пациентам с аллергическими заболеваниями в разные возрастные периоды.

Задачи:

1. Обучить проведению полного клинического обследования пациентов с аллергическими заболеваниями /состояниями органов дыхания в условиях ОВП

2. Рассмотреть распространенность основных аллергических состояний/заболеваний популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.

3. Изучить проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся аллергических состояниях/заболеваниях и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.

4. Уметь устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические аллергические заболевания/состояния, и их семьями в условиях ОВП

5. Уметь организовать помощь пациентам с аллергическими заболеваниями/состояниями наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

Обучающийся должен знать:

1. Иммунный ответ и реакции гиперчувствительности в различные возрастные периоды и у беременных

1.1. Т- и В-лимфоциты

1.2. Цитокинины

1.3. Комплемент

1.4. Иммуноглобулины

1.5. Тучные клетки и базофилы

1.6. Типы аллергических реакций

2. Факторы риска аллергических заболеваний/состояний

2.1. Генетическая предрасположенность

2.2. Экология

2.3. Профессиональные вредности

2.4. Питание

2.5. Инфекции

2.6. Лекарственные препараты

2.7. Табакокурение

2.8. Аллергены

3. Аллергические состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП.

3.1. Основные симптомы и синдромы

3.1.1. Бронхообструктивный синдром

3.1.2. Кожный зуд

3.1.3. Красный глаз

3.1.4. Дисфункция желудочно-кишечного тракта

3.2. Основные аллергические заболевания/состояния

3.2.1. Бронхиальная астма

3.2.2. Аллергический ринит

3.2.2.1. Сезонный

3.2.2.2. Круглогодичный

3.2.3. Дерматит

3.2.3.1. Атопический дерматит

3.2.3.2. Аллергический контактный дерматит

3.2.4. Крапивница

3.2.4.1. Острая

3.2.4.2. Хроническая

3.2.5. Аллергический конъюнктивит

- 3.2.6. Инсектная аллергия
- 3.2.7. Аллергия лекарственная
- 3.2.8. Пищевая аллергия
- 3.2.9. Аллергия на латекс
- 3.2.10. Ангионевротический отек
- 3.2.11. Сывороточная болезнь
- 4. Аллергию, связанную с заболеваниями/состояниями других органов и систем:
 - 4.1. Диффузные заболевания соединительной ткани
 - 4.2. Инфекционные и паразитарные болезни
 - 4.3. Заболевания щитовидной железы
 - 4.4. Новообразования
- 5. Неотложные состояния
 - 5.1. Анафилактический шок
 - 5.2. Отек Квинке
 - 5.3. Астматический статус
 - 5.4. Синдром Лайелла
- 6. Диагностику аллергических заболеваний
 - 6.1. Клиническое обследование (опрос, физикальный осмотр)
 - 6.2. Методы исследования
 - 6.2.1. Лабораторные методы исследования:
 - 6.2.1.1. Общий анализ крови, включая эозинофилы
 - 6.2.1.2. Взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования, включая эозинофилы:
 - 6.2.1.2.1. мокроты
 - 6.2.1.2.2. со слизистой оболочки носа
 - 6.2.1.2.3. с конъюнктивы
 - 6.2.1.2. Определение иммуноглобулина E (IgE)
 - 6.2.2. Провокационные аллергологические тесты
 - 6.2.3. Диагностические тесты *in vitro*
 - 6.2.4. Спирометрия/пикфлоуметрия
- 7. Клиническую фармакологию. Основные группы лекарственных препаратов:
 - 7.1. H₁-блокаторы
 - 7.2. Глюкокортикостероиды
 - 7.2.1. Системные
 - 7.2.2. Селективные (аэрозоли/ингаляторы)
 - 7.2.3. Мази
 - 7.2.4. Глазные капли
 - 7.3. Адреностимуляторы
 - 7.4. Селективные антихолинэргические средства
 - 7.5. Теофилины
 - 7.6. Ингибиторы дегрануляции тучных клеток
 - 7.6.1. Кромолин
 - 7.6.2. Недокромил
 - 7.7. Антагонисты лейкотриенов
 - 7.8. Транексамовая кислота
 - 7.9. Смягчающие средства
 - 7.10. Аллерген-специфическая иммунотерапия
- 8. Немедикаментозные методы лечения
 - 8.1. Элиминация антигена
 - 8.1.1. Элиминационная диета
 - 8.1.2. Гипоаллергенная среда
 - 8.2. Гипоаллергенная диета
 - 8.3. Отказ от лекарственных препаратов, вызывающих аллергию, включая аспирин и нестероидные противовоспалительные препараты
 - 8.4. ЛФК
 - 8.5. Физиотерапия
- 9. Профилактику наиболее часто встречающихся аллергических заболеваний в ОВП
 - 9.1. Немедикаментозная

- 9.1.1. Гипоаллергенная диета
- 9.1.2. Гипоаллергенная среда
- 9.1.3. Психоэмоциональный стресс
- 9.1.4. Прием лекарственных препаратов с высоким риском аллергических реакций
- 9.1.5. Инфекция
- 9.1.6. Физическая нагрузка
- 9.1.7. Метеофакторы
- 9.2.8. Контроль пикфлоуметрии
- 9.2.9. Паспорт больного с аллергическим заболеванием

10. Реабилитацию

- 10.1. ЛФК
- 10.2. Физиотерапия
- 10.3. Психотерапия
- 10.4. Санаторно-курортное лечение

11. Психосоциальные проблемы

- 11.1. Социальная адаптация
- 11.2. Изменения в семье, имеющей больного с аллергическими заболеваниями

Обучающийся должен уметь:

применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов, имеющих проблемы/состояния/заболевания почек и мочевыводящих путей, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации.

При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

1. Историей болезни пациента, имеющего аллергические заболевания/состояния:

- 1.1. Опрос (жалобы, анамнез, включая аллергологический)
- 1.2. Физикальное исследование

Лабораторными исследованиями:

- 1. *Взятием и приготовлением мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования, включая эозинофилы:*
 - 1.1. мокроты
 - 1.2. со слизистой оболочки носа
 - 1.3. с конъюнктивы
- 2. Интерпретацией цитологического и бактериологического исследования мазков мокроты, со слизистой оболочки носа, с конъюнктивы
- 3. Интерпретацией исследования иммуноглобулина Е (IgE)
- 4. Пониманием провокационных аллергологических тестов:
 - 4.1. Кожные тесты
 - 4.2. Назальный тест
 - 4.3. Конъюнктивальный тест
 - 4.4. Ингаляционный тест
 - 4.5. Сублингвальный тест
- 5. Пониманием диагностических тестов in vitro

Методами диагностики, процедуры/манипуляции:

- 1. Методикой снятия и анализа спирограмм
- 2. Проведением пневмотахометрии
- 3. Проведением пикфлоуметрии
- 4. Использовать ингаляторы и небулайзеры

Оказанием неотложной помощи пациентам с аллергическими состояниями/заболеваниями:

- 1. Анафилактический шок
- 2. Отек Квинке
- 3. Астматический статус
- 4. Синдром Лайелла

Ведением пациентов после выписки из стационара с аллергическими заболеваниями

Навыками консультации:

1. Обучение пациентов ведению пищевого дневника
2. Обучение пациента использованию ингаляторов и небулайзера
3. Обучение пациента контролю фиксфлоуметрии
4. Обучение пациентов проведению элиминационных мероприятий
5. *Профилактические рекомендации пациенту с аллергическими состояниями/заболеваниями:*
 - 5.1. Здоровый образ жизни
 - 5.2. Табакокурение
 - 5.3. Назначение физических нагрузок
 - 5.4. Питание
 - 5.5. Инфекции
 - 5.6. Жилище
 - 5.7. Употребление лекарственных препаратов с высоким риском аллергических реакций
 - 5.8. Консультирование семьи, имеющего больного с аллергическими заболеваниями

Организационной работой в ОВП по ведению пациентов с аллергическими заболеваниями:

1. *Медицинской экспертизой:*
 - 1.1. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности
 - 1.2. Проведение клинико-экспертной комиссии (КЭК)
 - 1.3. Определение медицинских показаний к трудоустройству
2. *Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:*
 - 2.1. Организацией маршрута пациента, имеющего аллергические заболевания: диагностика, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация
 - 2.2. Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам и больным с тяжелыми хроническими аллергическими заболеваниями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Проведение полного клинического обследования пациентов с аллергическими заболеваниями /состояниями в условиях ОВП
2. Распространенность основных аллергических состояний/заболеваний в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся аллергических состояниях/заболеваниях и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.
4. Умение устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими аллергические хронические заболевания/состояния, и их семьями в условиях ОВП.
5. Организация помощи пациентам с аллергическими заболеваниями/состояниями наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (перечислить), освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя).

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: ведущая жалоба, основной клинический синдром, предварительный диагноз, план обследования и лечения.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Атопический дерматит

Атопический дерматит (АД) – воспалительное заболевание кожи, развивающееся на фоне аллергического диатеза, чаще в младенческом возрасте, отличается хроническим рецидивирующим течением, возрастной инволюцией, симметричным поражением, зудящими воспалительными элементами с истинным полиморфизмом. АД может прерваться на любом этапе, но чаще эволюционирует вплоть до 25-30-лет.

Типичный пациент

- в младенчестве преимущественно поражается кожа лица (за исключением области носогубного треугольника), волосистой части головы, рук, а при диссеминированном поражении – наружные поверхности конечностей и ягодиц; объективно преобладают папуловезикулезные высыпания с выраженным экссудативным компонентом, субъективно – мучительный зуд (расчесы)
- в раннем детском и школьном возрасте экссудативные проявления постепенно сменяются лихеноидными: постепенное утолщение и усиление кожного рисунка, кожа становится сухой, отмечаются эрозии, экскориации, геморрагические корочки, болезненные трещины на ладонях, пальцах и подошвах; выраженное мелкопластинчатое и отрубевидное шелушение; характерно поражение в области сгибательных поверхностей конечностей, шеи, локтевых и подколенных ямках, тыльной стороне кистей; к 15-20 годам наблюдается множество экскориаций и геморрагических корочек, локализующихся на лице (перiorбитальная, перiorальная области), шее (в виде «декольте»), локтевых сгибах, вокруг запястий и на тыльной поверхности кистей; субъективно: зуд, нарушения сна;
- старше 20 лет: складчатая лихенификация, повышенная сухость кистей, лица, шеи; возможны остро-воспалительные элементы в период обострения; субъективно – симптомы сухости кожи.

Факторы риска

- генетическая предрасположенность;
- аэроаллергены, распыленные в воздухе, в том числе – микрочлещи домашней пыли, пыльца, перхоть животных;
- внутриутробные инфекции;
- пищевая аллергия у детей раннего возраста;
- нарушения регулирующей функции центральной нервной и вегетативной систем;
- Индикаторы серьезного заболевания:
- распространенный процесс поражения кожи;
- наличие признаков вторичной инфекции;
- респираторные проявления атопии;
- выраженное экссудативное воспаление кожи у пациентов старше 20 лет;
- Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации:
- психоэмоциональные нарушения, вызывающие экссудативное воспаление либо зуд кожи;
- пассивное курение, приводящие к усилению кожного зуда;
- производственные факторы;
- неправильный уход за кожей;

Ведение больного

Диагностика

Абсолютные (обязательные или большие) критерии:

- зуд кожных покровов;
- типичная морфология и локализация высыпаний в соответствии с возрастом;
- хроническое рецидивирующее течение с обострениями весной и осенью.

Неабсолютные (дополнительные) критерии:

- Первая группа: наличие в анамнезе атопии; реакции немедленного типа при проведении кожных тестов; белый дермографизм, феномен замедленного побледнения на холинергические агенты; передняя субкапсулярная катаракта.
- Вторая группа: ихтиоз ладоней; белый питириаз; волосистой кератоз; бледность лица и темное окрашивание верхних век; углубленные морщинки на нижних веках у детей; увеличение уровня IgE в сыворотке крови; кератоконус; неспецифический дерматит кистей; частые кожные инфекции.

Для постановки диагноза АД необходимо помимо абсолютных признаков, наличие двух или более признаков из первой группы неабсолютных признаков или четырех и более – из второй.

Возможные осложнения АД

- вторичная пиодермия (чаще золотистый стафилококк);
- герпетическая экзема Капоши (чаще вирус простого герпеса);
- микотическая инфекция (*Trichophyton rubrum*, у детей – *Candida*);
- респираторные проявления атопии («аллергический марш»).

Лечение

Первичная профилактика сенсibilизации пациентов (элиминационные режимы)

Пациентов предупреждают о необходимости соблюдения профилактических мер, исключающих воздействие аэроаллергенов, психических раздражителей, а также соблюдении профилактической диеты в случае установленного аллергена (эмпирически или на основании аллергологического теста).

При выборе одежды для больных АД необходимо учитывать не качество ткани, из которой изготовлена одежда, а ее выделка (ткань должна быть мягкой, не раздражающей кожу).

Отказ больными АД от применения любых моющих средств (в том числе – содержащих и не содержащих ферментные добавки) на выраженность симптомов заболевания не влияет.

Купирование обострения заболевания

При обострении АД - антигистаминные препараты, преимущественно 2-ого поколения:

- цетиризина дигидрохлорид – лицам старше 12 лет назначается по 1 таб. 1 р/сутки 10-14 дней; в возрасте от 6 до 12 лет – по 1 таб. 1 р/сутки или по ½ таб. 2 р/сутки 10-14 дней;
- лоратадин – лицам старше 12 лет назначается по 1 таб. 1 р/сутки 10-14 дней; детям от 2 до 12 лет назначаются по ½ таб. 1 р/сутки 10-14 дней.

При повышенной возбудимости, нарушениях сна и профессии, не связанной с повышенным вниманием, возможно использование антигистаминных препаратов 1-ого поколения:

- клемастин – лицам старше 7 лет по ½-1 таб. 2 раза/сутки 10-14 дней; внутримышечно – по 2 мл 2 р/сутки 10-14 дней;
- хлоропирамин – по 1 таб. 3-4 р/сутки во время еды 10-14 дней; внутримышечно по 1-2 мл (2% р-р) 2-3 р/сутки 10-14 дней.
- дифенгидрамин – взрослым назначается по 0,03-0,05 г 1-3 р/сутки 10-14 дней; внутримышечно 1-5 мл (1% р-р); детям до 1 года – по 0,002-0,005 г, от 2 до 5 лет – по 0,005-0,015 г, от 6 до 12 лет – по 0,015-0,03 г на прием 1-3 р/сутки 10-15 дней;

Наружную терапию проводят с использованием одного из препаратов кортикостероидов 10-14 дней (при остром воспалении - лосьоны и кремы; при хроническом – кремы, мази):

- гидрокортизона бутират 0,1%, мазь;
- мометазона фураат 0,1%, крем, лосьон, мазь;
- метилпреднизолон ацепонат 0,1%, крем, мазь, жирная мазь, эмульсия;
- бетаметазона валериат 0,1%, крем, мазь;
- бетаметазона дипропионат 0,025-0,05%, крем, мазь;

Возможно назначение короткого курса (3-5 дней) топических кортикостероидов высокой активности с последующим переходом на использование топических кортикостероидов низкой или средней активности:

- клобетазола пропионат 0,05 % (крем, мазь), 3-5 дней;
- гидрокортизон 0,1-1,0% (крем, мазь), 7-10 дней, либо
- гидрокортизона бутират 0,1%, мазь;
- Короткие курсы лечения топическими кортикостероидами (10-14 дн.) следует чередовать с назначением курсов индифферентных мазей (5-7 дн.) с целью профилактики тахифилаксии.

При уменьшении островоспалительных явлений используют противозудные и смягчающие кожу средства. Контроль за состоянием аллергического воспаления (базисная терапия)

В качестве базисной терапии используются мембраностабилизаторы, например, кетотифен – по ½-1 таблетке (0,5-1 мг) 2 р/сутки до 3-6 месяцев.

Обучение больного

По возможности пациенты, страдающие АД, и их родственники должны пройти курс обучения в аллергошколе, где получают основные представления о правильном уходе за кожей, правилах гигиенических мероприятий, в особенности при наличии бытовой и эпидермальной сенсibilизации, мерам профилактики обострений.

Немедикаментозная терапия

Ногти у больного должны быть коротко острижены, чтобы минимизировать вероятность расчесывания и вторичного инфицирования. С целью уменьшения сухости кожи рекомендуется снижать температуру помещения и повышать влажность воздуха. Не рекомендуется часто принимать ванну. После душа кожу следует, не растирая, слегка промокнуть полотенцем с последующим нанесением смягчающего крема или лосьона, пока кожа еще не высохла.

Критерии эффективности проводимой терапии

Проводимая терапия должна приводить к уменьшению выраженности зуда и отечности при кожных проявлениях, способствовать разрешению высыпаний на коже, уменьшению или исчезновению зуда, нормализации сна.

Показания к консультации врача-дерматовенеролога

Тяжелое течение АД (площадь поражения кожи более 30%); присоединение вторичной инфекции; стероидофобия; отсутствие эффекта от проводимого вмешательства в течение 5-7 дней.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача

Мать девочки 6-и месяцев обратилась к участковому педиатру с жалобами на беспокойство, плаксивость, раздражительность ребёнка, появление опрелостей в кожных складках и покраснение кожи щёк после употребления виноградного сока.

Из анамнеза: Ребёнок от III беременности (первая закончилась родами, вторая – выкидышем). Матери 30 лет, страдает бронхиальной астмой, во II-й половине беременности переболела ОРВИ. Во время беременности не придерживалась строгой диеты (иногда употребляла клубнику, цитрусовые, шоколад, кофе). Роды срочные, физиологичные. Родилась с массой 3900 г, длиной тела 52 см. На естественном вскармливании. У папы – аллергический ринит. У бабушки по линии матери – нейродермит. Дома живёт кошка.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Масса тела = 9 кг. Кожные покровы бледно – розовые. На коже щёк лёгкая гиперемия и отёчность, сопровождающиеся лёгким шелушением. Гнейс вокруг большого родничка. Большой родничок 2*2 см. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, в области паховых складок – опрелости. Отмечается пастозность и снижение тургора мягких тканей. Пальпируются периферические лимфоузлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД = 32 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС = 122 уд/мин. Живот при пальпации безболезненный во всех отделах, урчание по ходу кишечника. Печень + 3 см из-под рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул и диурез в норме. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Девочка хорошо поворачивается с живота на спину. Подползает к игрушке. Свободно берёт игрушки из разных положений. Произносит слоги “ма” и “ба”. Но со слов мамы ещё не может самостоятельно брать пищу губами с ложки при кормлении.

ЗАДАНИЕ

1. Диагноз? Группы риска по заболеваниям и по прививкам? Группа здоровья?
2. Оценить НПР ребёнка.
3. Какие дополнительные результаты обследования необходимы?
4. Перечислите эндогенные и экзогенные факторы развития атопического дерматита.
5. Каковы особенности кожи детей раннего возраста?
6. Перечислите первичные и вторичные морфологические элементы, характерные для больных атопическим дерматитом.
7. Назначьте лечение.
8. Составьте план диспансерного наблюдения за данным ребёнком.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы ординаторов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

2.1. Проведение полного клинического обследования пациентов с аллергическими заболеваниями /состояниями в условиях ОВП

2.2 Распространенность основных аллергических состояний/заболеваний в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.

2.3 Проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся аллергических состояниях/заболеваниях и выявление основных факторов риска, влияющих на их течение и прогноз.

2.4 Умение устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими аллергические хронические заболевания/состояния, и их семьями в условиях ОВП

2.5 Организация помощи пациентам с аллергическими заболеваниями/состояниями наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

001. Иммунологическим механизмом атопической бронхиальной астмы является:

А) аллергическая реакция немедленного типа;

- Б) аллергическая реакция замедленного типа;
- В) аллергическая реакция немедленного и замедленного типа;
- Г) аутоиммунный механизм;
- Д) иммунокомплексные реакции.

002. В инфильтрате стенки бронха при бронхиальной астме преобладают:

- А) альвеолярные макрофаги;
- Б) лимфоциты;
- В) эозинофилы;
- Г) плазматические клетки;
- Д) гранулоциты.

003. Из перечисленных основных патологических процессов для ранней фазы приступа бронхиальной астмы характерно:

1. бронхоспазм;
2. отек стенки бронха;
3. острое вздутие легких;
4. гиперсекреция.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

004. Причиной нарушения дыхания при бронхиальной астме является:

1. бронхоспазм;
2. отек слизистой оболочки бронхиального дерева;
3. гиперсекреция;
4. усиленная вентиляция легких.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

005. Показанием к ингаляции интала является:

1. лечение астматического статуса;
2. лечение острого приступа бронхиальной астмы;
3. лечение острых инфекций верхних дыхательных путей;
4. профилактика приступа бронхиальной астмы.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

006. Адреномиметики, стимулирующие бета-2-адренорецепторы короткого действия, назначаются с целью:

1. уменьшения гиперсекреции;
2. длительной профилактики приступов бронхиальной астмы;
3. лечения астматического состояния;
4. купирования острого приступа удушья.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;

- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

007. Ингаляции глюкокортикостероидов при бронхиальной астме показаны:

1. для купирования острого приступа удушья;
2. лечение острых инфекции верхних дыхательных путей;
3. для лечения астматического состояния;
4. для профилактики приступов удушья.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

008. Дитек может быть использован для:

1. терапии астматического состояния;
2. терапии приступа бронхиальной астмы средней тяжести;
3. терапии хронического бронхита;
4. профилактики приступов бронхиальной астмы.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

009. Для атопической бронхиальной астмы характерно:

- А) эффект элиминации
- Б) непереносимость препаратов пиразолонового ряда;
- В) репкдивизирующий полипоз носа;
- Г) постепенное развитие приступа;
- Д) для лечения острого приступа бронхиальной астмы

010. К медленно действующим биологически активным веществам при аллергии немедленного типа относятся:

- А) ацетилхолин;
- Б) гистамин;
- В) лейкотриены;
- Г) серотонин;
- Д) брадикинин.

011. Из перечисленных аллергенов наиболее частой причиной атопической бронхиальной астмы является:

- А) домашняя пыль;
- Б) споры плесневых грибов;
- В) продукты жизнедеятельности бактерий, находящихся в воздухе;
- Г) гельминты; -
- Д) хламидии.

012. Механизм действия антигистаминных препаратов состоит в:

- А) связывании свободного гистамина;
- Б) высвобождении гистамина;
- В) конкурентном действии с гистамином за H-рецепторы;
- Г) томрожении образования гистамина;
- Д) усиленном выведении гистамина.

013. Среди перечисленных классов иммуноглобулинов реагином соответствует:

- А) IgE;

- Б) IgD;
- В) IgM;
- Г) IgA;
- Д) IgA.

014. В понятие пищевой аллергии входит:

1. токсико-аллергическое действие пищевых продуктов;
2. токсическое действие пищевых продуктов;
3. непереносимость пищевых продуктов;
4. аллергические реакции на пищевые аллергены.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

015. К облигатным пищевым аллергенам относят:

1. яйца;
2. шоколад;
3. рыбу;
4. мясо.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

016. При аллергии к образующим парааминобензойную кислоту сульфаниламидам можно назначать:

1. пенициллин;
2. аспирин
3. лидокаин,
4. НПВП.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

017. К наиболее частым клиническим проявлениям немедленной аллергии на пищевые аллергены относятся:

1. острая и хроническая крапивница
2. ангионевротический отек Квинке;
3. поражение желудочно-кишечного тракта;
4. поражение нервной системы.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

018. Специфическим гипосенсибилизирующим методом лечения пищевой аллергии является:

1. назначение антигистаминных препаратов;
2. назначение энтеросорбентов;
3. назначение гистоглобулина;

4. элиминационные диеты.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

019. Понятие о сывороточной болезни включает:

1. аллергическую реакцию на медикаменты;
2. токсическую реакцию на медикаменты;
3. токсическую реакцию на белок лошадиной сыворотки;
4. аллергическую реакцию на белок чужеродной сыворотки.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

020. В механизме развития сывороточной болезни принимает участие:

- А) IgG
- Б) IgE;
- В) комплементарная система;
- Г) IgG, IgM, IgE, комплементарная система;
- Д) IgA.

021. Наиболее частым проявлением сывороточной болезни является:

1. острая крапивница;
2. температурная реакция;
3. лимфаденопатия;
4. гастрит.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

022. действие этимизола состоит в:

1. стимуляции надпочечников;
2. подавлении Т-лимфоцитов-супрессоров;
3. стимуляции Т-лимфоцитов-супрессоров;
4. активации адренкортикотропной функции гипофиза.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

023. для поллиноза наиболее характерно сочетание с лекарственной аллергией к:

1. аспирину и пиразолоновым производным;
2. сульфаниламидным препаратам;
3. препаратам фенотиазинового ряда;
4. лекарствам растительного происхождения.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

024. При поллинозах нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия к:

- А) молоку и молочным продуктам;
- Б) мясу птицы;
- В) рыбе;
- Г) меду;
- Д) шоколаду.

025. Для пыльцевой бронхиальной астмы характерно:

- А) обострение в зимнее время года;
- Б) круглогодичное течение процесса;
- В) обострение при уборке квартиры;
- Г) обострение в весенне-летнее время года;
- Д) обострение в осеннее время года.

026. При пыльцевой бронхиальной астме после полной элиминации аллергена:

- А) все функциональные легочные нарушения полностью нормализуются,
- Б) сохраняется незначительный скрытый бронхоспазм в течение года;
- В) сохраняется выраженный бронхоспазм в течение полугода;
- Г) сохраняются нарушения вентиляции по рестриктивному типу;
- Д) сохраняются нарушения вентиляции по обструктивному типу.

027. Наиболее эффективным методом профилактики обострения поллиноза является:

- А) иглорефлексотерапия
- Б) назначение антимаediatorных препаратов;
- В) назначение глюкокортикостероидов;
- Г) специфическая иммунотерапия;
- Д) физиотерапия.

028. В патогенезе острой аллергической крапивницы и отека Квинке необходимо участие:

- А) неиммунных механизмов;
- Б) IgA;
- В) сенсibilизированных лимфоцитов;
- Г) IgE;
- Д) сенсibilизированные лимфоциты;

029. В патогенезе хронической аллергической крапивницы и отека Квинке имеют значение:

- А) сенсibilизированные лимфоциты;
- Б) неиммунные механизмы;
- В) наследственный дефект в системе комплемента;
- Г) IgE;
- Д) IgA.

030. Патогенез псевдоаллергических форм отека Квинке и крапивницы обусловлен:

- А) участием IgE, IgM;
- Б) участием сенсibilизированных лимфоцитов,
- В) участием Т-зависимых и В-зависимых аллергических реакций;
- Г) нарушениями в системе комплемента;
- Д) подавляет Т-лимфоциты-супрессоры.

031. Наследственный ангионевротический отек Квинке связан со следующими дефектами системы комплемента:

1. недостаточностью С4
2. недостаточностью С2
3. увеличением С2, С4
4. недостаточностью С1 ингибитора.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 В) - если правильны ответы 2 и 4;
 Г) - если правильный ответ 4;
 Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

032. При рецидиве наследственного ангионевротического отека Квинке в плазме обнаруживаются следующие изменения в системе комплемента:

- А) антивирусный С
 Б) взаимодействие с С4 и С2
 В) все вышеперечисленные факторы;
 Г) уменьшение С2, С4
 Д) увеличение С2, С4

033. При неспецифическом лечении холинергической крапивницы наи более эффективны:

- А) антигистаминные препараты;
 Б) глюкокортикостероидные препараты;
 В) гистоглобулин;
 Г) холинолитические препараты;
 Д) бета-2- агонисты.

1-А	11-А	21-А	31-Г
2-В	12-А	22-Г	32-Г
3-Г	13-А	23-Г	33-Г
4-А	14-Г	24-Г	
5-Г	15-А	25-Г	
6-Г	16-Д	26-А	
7-Г	17-А	27-Г	
8-Г	18-Г	28-Г	
9-А	19-Г	29-Г	
10-В	20-Г	30-Г	

4) Решить ситуационные задачи.

Задача

Мать с мальчиком 8-и лет пришла на плановый диспансерный приём к участковому педиатру с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы.

Дедушка ребёнка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

Болен с 6-и месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2 – 4 месяца. С 2-летнего возраста, наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям.

В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю). Ребёнок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад.

Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, форсированная ЖЕЛ 60 – 70 %, тест с вентолином всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, берёзе, некоторым видам трав.

При осмотре: объективно ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В

контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз.

Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания 20 в минуту. Пульс 90 ударов в минуту, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень + 1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется.

Ребёнок постоянно получает препараты кромогликата натрия, β_2 -адреномиметики, муколитики, периодически применялись ингаляционные глюкокортикоиды.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Показано ли оформление инвалидности ребёнку, на каком основании и на какой срок?
3. Составьте план диспансерного наблюдения.
4. Оцените возможность проведения профилактических прививок ребёнку.
5. Фармакодинамика β_2 -адреномиметиков, применяемых в клинической практике.
6. Методы реабилитации больных с данным заболеванием.
7. Патолофизиологические механизмы изменений в бронхах при тяжёлом течении бронхиальной астмы у детей.
8. Показания для назначения ингаляционных глюкокортикоидов больных с бронхиальной астмы.
9. Механизм действия ингаляционных глюкокортикоидов.
10. Опишите клиническую картину астматического статуса.
11. Рекомендации родителям по уходу за ребёнком.

Рекомендуемая литература:

Основная:

17. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.
18. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.

Дополнительная:

21. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

РАЗДЕЛ «Болезни пожилых в ОВП»

Темы:

«Старение»

«Физиология «нормального старения»

«Общие медицинские проблемы. Состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся у пожилых в ОВП. Особенности клинических проявлений и ведения».

Цель: к концу обучения раздела «Здоровье пожилых» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, чтобы эффективно оказывать медико-социальную помощь пожилым в ОВП. Уметь определять показания для направления к специалистам и в стационар.

Задачи:

1. Изучить проведение клинического обследования пожилых пациентов в условиях ОВП – в офисе и на дому.

2. Знать основные причины смертности и заболеваемости пожилых.

3. Изучить особенности физического, познавательного и психосоциального развития пожилых.

4. Изучить распространенность основных заболеваний пожилых в популяции и в регионе, обучить их выявлять, диагностировать и лечить.

5. Уметь проводить профилактические и реабилитационные мероприятия, выявлять основные факторы риска, особенности течения и прогноза заболеваний.

6. Уметь устанавливать эффективные взаимоотношения с пожилыми пациентами, их семьями и попечителями в условиях ОВП.

7. Уметь применять этические подходы при решении проблем пожилых.

8. Уметь организовать помощь пожилым наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

9. Уметь сотрудничать с органами социального обеспечения для оказания соответствующей помощи пожилым.

Обучающийся должен знать:

1) до изучения темы (базисные знания): основы геронтологии, основы пропедевтики внутренних болезней, основы клинической фармакологии

2) после изучения темы:

В пределах контекста первичной медицинской помощи для каждой проблемы/состояния/заболевания, связанной со здоровьем пожилых ВОП/СВ нужно знать следующие области:

- параметры физического развития в каждой возрастной группе
- естественное течение состояний/заболеваний у пожилых, их распространенность, особенности клинических проявлений и осложнения
- факторы риска
- особенности диагностики и лекарственной терапии
- лечение – начальное, неотложное, продленное
- особенности прогноза состояний/заболеваний
- критерии для направления к специалистам и в стационар

1. Старение

1.1. Определение и теории

1.2. Возрастные группы

1.3. Паспортный и биологический возраст

1.4. Геропротекция

2. Физиология «нормального старения»

2.1. Морфо-функциональные изменения в системах и органах

2.2. Изменения гомеостаза

3. Психосоциальные проблемы пожилых:

3.1. Проблемы, связанные с:

3.1.1. уходом на пенсию

3.1.2. тяжелой утратой

3.1.3. плохим здоровьем

3.1.4. переселением

3.1.5. взаимоотношениями в семье

3.1.6. помещением в дом/интернат для престарелых и инвалидов

- 3.2. Снижение общительности, мотивации и настроения
- 3.3. Домашнее насилие физическое и психологическое
- 3.4. Алкоголизм и токсикомании
- 3.5. Депрессия
- 3.6. Особенности взаимоотношений врача и пожилого пациента
- 3.7. Изменения в семье, имеющей инвалида или больного с тяжелым хроническим заболеванием
- 3.8. Одинокое и бедные пациенты
- 3.9. Социальная адаптация
- 3.10. Культурные, этнические и религиозные различия, влияющие на статус пожилых в семье и обществе в целом
- 4. Этические и юридические аспекты оказания помощи пожилым
 - 4.1. Законодательные и нормативные документы, регламентирующие медико-социальную помощь пожилым
 - 4.2. Информированное согласие**
 - 4.3. Конфиденциальность**
 - 4.4. Автономия пожилого пациента
 - 4.5. Права опекунов
- 5. Организация медицинской и социальной помощи пожилым
 - 5.1. Социальное и медицинское обслуживание пожилых в нашем обществе
 - 5.2. Государственные и негосударственные учреждения, организации и общества, оказывающие медико-социальную помощь пожилым
 - 5.3. Организация медицинской помощи пожилым в ОВП
 - 5.3.1. В офисе ОВП
 - 5.3.2. На дому
 - 5.3.3. В дневном стационаре
 - 5.3.4. Направление к специалистам и в стационар
 - 5.3.5. Показания и польза телефонного звонка домой для ведения и оценки пожилых пациентов
 - 5.3.6. Работа в команде. Роль сестринского персонала в оказании помощи пожилым
- 6. Общие медицинские проблемы. Состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся у пожилых в ОВП. Особенности клинических проявлений и ведения (см. также соответствующие модули)
 - 6.1. Основные гериатрические симптомы и синдромы
 - 6.1.1. Деменция
 - 6.1.2. Нарушения походки
 - 6.1.3. Недержание мочи
 - 6.1.4. Постельный режим и его последствия
 - 6.1.5. Плохое и недостаточное питание
 - 6.1.6. Сенсорные расстройства - снижение/потеря зрения и слуха
 - 6.1.7. Падения
 - 6.1.7. Нарушения речи
 - 6.1.8. Потеря памяти
 - 6.1.9. Тремор
 - 7.1. Сердечно-сосудистая система
 - 7.1.1. Ишемическая болезнь сердца
 - 7.1.2. Нарушения ритма и проводимости
 - 7.1.3. Хроническая сердечная недостаточность
 - 7.1.4. Артериальная гипертензия
 - 7.1.5. Атеросклероз аорты и периферических сосудов
 - 7.2. Органы дыхания
 - 7.2.1. Пневмония
 - 7.2.2. Хроническая обструктивная болезнь легких
 - 7.2.3. Бронхоэктазы
 - 7.2.4. Бронхиальная астма
 - 7.2.5. Эмфизема легких
 - 7.2.6. Злокачественные новообразования органов дыхания
 - 7.3. Органы пищеварения
 - 7.3.1. Запор
 - 7.3.2. Анорексия

- 7.3.3. Язвенная и неязвенная диспепсия
- 7.3.4. Заболевания, ассоциированные с *Helicobacter pylori*
- 7.3.5. Заболевания печени и билиарной системы
- 7.3.6. Заболевания поджелудочной железы
- 7.3.7. Синдром раздраженной кишки
- 7.3.8. Злокачественные новообразования органов пищеварения
- 7.4. Нервная система
 - 7.4.1. Последствия перенесенного острого расстройства мозгового кровообращения
 - 7.4.2. Эпилепсия
 - 7.4.3. Системный склероз
 - 7.4.5. Болезнь Паркинсона
 - 7.4.6. Мигрень
 - 7.4.7. Энцефалопатия
- 7.5. Эндокринная система и обмен веществ
 - 7.5.1. Сахарный диабет
 - 7.5.2. Болезни щитовидной железы
 - 7.5.3. Ожирение
 - 7.5.4. Дефицит веса/похудание
- 7.6. Болезни опорно-двигательного аппарата и ревматические заболевания
 - 7.6.1. Ревматоидный артрит
 - 7.6.2. Остеоартрит
 - 7.6.3. Гигантоклеточный(темпоральный) артериит
 - 7.6.4. Ревматическая полимиалгия
 - 7.6.5. Остеопороз
 - 7.6.6. Остеохондроз позвоночника
- 7.7. Мочеполовая система
 - 7.7.1. Инфекции мочевыводящей системы
 - 7.7.2. Бактериурия
 - 7.7.3. Доброкачественная гипертрофия предстательной железы
 - 7.7.4. Злокачественные новообразования органов мочеполовой системы
 - 7.7.5. Сексуальная дисфункция
- 7.8. Другие заболевания/состояния
 - 7.8.1. Анемии
 - 7.8.2. Гемобласты
 - 7.8.2.1. Хронические лейкозы
 - 7.8.2.2. Миеломная болезнь
 - 7.8.2. Пролежни
- 8. Неотложные состояния у пожилых
 - 8.1. Ишемический и геморрагический инсульт
 - 8.2. Транзиторная ишемическая атака
 - 8.3. Инфаркт миокарда
 - 8.4. Нестабильная стенокардия
 - 8.5. Остановка сердца
 - 8.6. Острая левожелудочковая недостаточность
 - 8.7. Гипертонический криз
 - 8.8. Ортостатическая гипотензия
 - 8.9. Тромбоэмболия легочной артерии, тромбоз глубоких вен
 - 8.10. Желудочно-кишечные кровотечения
 - 8.11. Кишечная непроходимость
 - 8.12. Диабетический кетоацидоз, гипогликемия
 - 8.13. Септицемия
 - 8.14. Переломы костей
- 9. Особенности диагностики состояний/заболеваний пожилых (знание диапазона нормальных значений результатов исследований пожилых) (см. также раздел «Диагностика в ОВП»)
 - 9.1. Клиническое обследование (опрос, физикальный осмотр)
 - 9.2. Лабораторные методы исследования
 - 9.3. Функциональные методы исследований
 - 9.3.1. Электрокардиография

- 9.3.2. Велоэргометрия
- 9.3.3. Холтеровское мониторирование
- 9.3.4. Суточное мониторирование АД
- 9.3.5. Спирография, пневмотахометрия и пикфлоуметрия
- 9.4. Лучевые методы исследования
 - 9.4.1. Рентгенография
 - 9.4.2. Ультразвуковое исследование
 - 9.4.3. Компьютерная томография
 - 9.4.4. Радиоизотопные исследования
 - 9.4.5. Коронарная ангиография, ангиография аорты и периферических сосудов (показания, противопоказания, осложнения)
- 9.5. Эндоскопические и другие инвазивные методы исследования
 - 9.5.1. Бронхоскопия
 - 9.5.2. Фиброгастроскопия, колоноскопия, ректоскопия
 - 9.5.3. Биопсия печени
 - 9.5.4. Стернальная пункция
- 10. Клиническая фармакология пожилых. Возрастные фармакологические изменения.
 - 10.1. Фармакокинетические изменения
 - 10.2. Фармакодинамические изменения
 - 10.3. Побочные и токсические эффекты препаратов у пожилых
 - 10.4. Схемы дозирования – общие подходы
 - 10.5. Выполнение рекомендаций
 - 10.6. Полипрогмазия
 - 10.7. Ятрогенные заболевания
- 11. Паллиативная помощь и помощь терминальным пожилым больным
- 12. Профилактические мероприятия, рекомендуемые для пожилого населения**
 - 12.1. Профилактика падений и травм**
 - 12.2. Иммунизация**
 - 12.3. Питание**
 - 12.4. Физические нагрузки**
 - 12.5. Злоупотребление алкоголем и токсикомании**
 - 12.6. ЛФК**
 - 12.7. Психотерапия**
- 13. Реабилитация
 - 13.1. ЛФК
 - 13.2. Физиотерапия
 - 13.3. Психотерапия
 - 13.4. Физическая активность
 - 13.5. Санаторно-курортное лечение

Обучающийся должен уметь: врач должен приобрести необходимые навыки, чтобы применить свои знания, которые требуются при оказании помощи пожилым пациентам. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Базовый (минимальный объем)

История болезни пожилого пациента:

- 1. Опрос (жалобы, анамнез)
- 2. Физикальный осмотр и оценка психологического статуса

Навыки общения:

- 1. Особенности взаимоотношений с пожилым пациентом и его семьей
- 2. Навыки общения с терминальным больным и его семьей

Методы диагностики, процедуры/манипуляции:

Выбор и выполнение методов диагностики и интерпретация данных исследований, а также проведение лечебных мероприятий, входящих в базовый объем

Ведение пациентов после выписки из стационара:

Навыки консультации:

Консультация пациента и его семьи о психологических, социальных и физических стрессах и изменениях, связанных со старением, умиранием и смертью

Обучение пациентов и его семьи уходу за лежачим больным

Обучение пациентов и его семьи выполнению назначений

Обучение пациентов и его семьи профилактике падений и травматизма

Профилактические рекомендации пожилому пациенту и его семье:

Образ жизни

Назначение физических нагрузок

Питание

Употребление алкоголя, табакокурение и токсикомании

Иммунизация

Консультирование семьи, имеющего больного пожилого возраста

Организационная работа в ОВП по ведению пожилых пациентов:

Медицинская экспертиза:

Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности

Проведение клинико-экспертной комиссии (КЭК)

Определение медицинских показаний к трудоустройству

Управление лечебно-диагностическим процессом в ОВП:

Организация лечения пожилого больного на дому

Организация маршрута пожилых пациентов: диагностика, лечебно-оздоровительные, профилактические и реабилитационные мероприятия, скрининг, консультации специалистов, госпитализация

Оказание совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи тяжело больным/инвалидам пожилого возраста

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Проведение клинического обследования пожилых пациентов в условиях ОВП – в офисе и на дому

2. Рассмотрение основных причин смертности и заболеваемости пожилых

3. Изучение особенностей физического, познавательного и психосоциального развития пожилых

4. Изучение распространенности основных заболеваний пожилых в популяции и в регионе, обучение их выявлять, диагностировать и лечить.

5. Проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, выявление основных факторов риска, особенностей течения и прогноза заболеваний.

6. Умение устанавливать эффективные взаимоотношения с пожилыми пациентами, их семьями и попечителями в условиях ОВП

7. Умение применять этические подходы при решении проблем пожилых
8. Умение организовать помощь пожилым наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.
9. Умение сотрудничать с органами социального обеспечения для оказания соответствующей помощи пожилым

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (перечислить), освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя)

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Клиническая ЭКГ: ишемия миокарда

Типичный случай

Женщина 65-ти лет с жалобами на сжимающие боли за грудиной, впервые возникшие на фоне быстрой ходьбы. Боли длились 2 минуты и самостоятельно прошли на фоне физического покоя. Ожирение, артериальная гипертензия.

Признаки наличия серьезных проблем

Подъем сегмента ST как минимум в двух соседних отведениях: 2 мм и более в грудных и 1 мм и более в отведениях от конечностей по данным стандартной ЭКГ.

Снижение сегмента ST как минимум 1 мм в двух соседних отведениях.

Отрицательный глубокий симметричный зубец T

Высокий, заостренный зубец T

Впервые возникшая блокада ЛНПГ

Клинические признаки нестабильной стенокардии (впервые возникшая, прогрессирующая, стенокардия в состоянии покоя, постинфарктная стенокардия)

Факторы риска

Курение, сахарный диабет, гиперлипидемии, артериальная гипертензия, ожирение

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Депрессия, тревожность - показана плановая консультация психотерапевта

Ведение пациента

Анамнез

Сжимающие давящие боли за грудиной на фоне физических нагрузок или после приёма пищи, а также при выходе на холод; длящиеся 5-10 минут и более, купирующиеся приемом нитратов и/или других сосудорасширяющих препаратов или ограничением провоцирующих факторов или продолжающиеся несмотря на указанные мероприятия. Боли могут иметь характерную иррадиацию, могут проявляться дискомфортом, сопровождаться слабостью, потливостью, тошнотой и одышкой, а также беспокойством, страхом смерти.

Атипичная симптоматика: нарушение сознания, абдоминальная локализация болей, одышка (характерна для пожилых старше 75 лет и пациентов женского пола, а также для молодых лиц 25-40 лет).

Возможна безболевая ишемия миокарда (отсутствие симптоматики), чаще бывает у пожилых и больных сахарным диабетом, не является признаком лучшего прогноза.

Инструментальное обследование

Учесть возможность наличия псевдоинфарктных изменений на ЭКГ.

Учесть вероятность отсутствия изменений на ЭКГ у больных с поражением нескольких областей миокарда в связи с тем, что реципрокные изменения на одной стенке желудочка могут уравновешивать прямые изменения на противоположной стенке.

При подозрении на инфаркт правого желудочка снять дополнительно правые грудные отведения, а при подозрении на инфаркт задней локализации снять дополнительно отведения по Небу

Учесть, что диагностическая точность ЭКГ для выявления ишемических изменений низка в следующих ситуациях: признаки ранее перенесенного инфаркта, нарушения внутрижелудочковой проводимости, ритм кардиостимулятора при стимуляции желудочков, аневризма сердца.

Для оценки транзиторных ишемических изменений показано суточное мониторирование ЭКГ. Назначают в случае, если по данным ЭКГ в покое признаков ишемии миокарда не выявлено.

Нагрузочные пробы (ВЭМ, тредмил) применяют при отсутствии данных за острый коронарный синдром.

Взять кровь для биохимического анализа (электролиты, маркеры некроза миокарда: серия тропониновых тестов, КФК, миоглобиновый тест, показатели свертываемости крови, СРБ, СОЭ).

Рентген грудной клетки.

ЭХО-КГ (зоны акинезии, дискинезии, аневризма).

При наличии индикаторов серьезного заболевания показана госпитализация. Золотым стандартом диагностики ИБС является коронарография, она показана только в случае решения вопроса об оперативном лечении.

При отсутствии индикаторов серьезного заболевания:

Провести обследование по выше изложенной схеме с целью оценки риска развития острого коронарного синдрома (ОКС). При высоком риске (транзиторные ишемические эпизоды при 24 часовом мониторинге, особенно безболевые; положительные результаты лабораторных тестов, низкая толерантность к физическим нагрузкам при проведении нагрузочных проб) показаны госпитализация и плановая коронарография с последующим оперативным лечением с целью выполнения реваскуляризации.

При гипертрофической кардиомиопатии на ЭКГ псевдоинфарктные изменения, однако, это не исключает возможности развития коронарной недостаточности В связи с этим при наличии клиники ОКС целесообразно госпитализировать пациента. Особенностью лечения является необходимость избегать назначения нитратов. Предпочтительнее назначение β -блокаторов.

Миокардит и перикардит сопровождаются подъемом сегмента ST во всех отведениях кроме AVR и V1. Характерным является нарушения ритма и проводимости. В случае выраженной симптоматики (боли в грудной клетке, одышка) показано стационарное лечение.

Если выявленный подъем сегмента ST не сопровождается характерной симптоматикой ОКС, провести дифференциальный диагноз с аневризмой левого желудочка (сравнить с предыдущими ЭКГ если таковые имеются и/или выполнить ЭХО-КГ), использовать тропониновый тест. При подтверждении аневризмы показана терапия в амбулаторных условиях с целью снижения риска тромбоэмболических осложнений, так как аневризма является источником формирования тромбов.

Выявление синдрома WPW с псевдоинфарктными изменениями не требует исключения ИБС при отсутствии характерных жалоб. Как правило, это молодые люди и требуется плановая консультация кардиолога для дальнейшего ведения пациента (WPW способствует развитию аритмий).

При выявлении псевдоинфарктных изменений в виде синдрома ранней реполяризации (подъем сегмента ST в отведениях V1-V3, V4) с высоким зубцом T, что не характерно для ишемии миокарда, специального наблюдения и обследования не требуется.

При почечной недостаточности возможно появление псевдоинфарктных изменений на фоне электролитных нарушений. Требуется патогенетическое лечение.

Профилактика переломов у пожилых

Переломы - распространенная проблема у пожилых; возникают, главным образом, вследствие сочетания возрастного снижения плотности костной ткани (остеопения, остеопороз) с травмой, обычно падением.

Типичная локализация переломов – запястье, позвоночник, бедро. К наиболее тяжелым последствиям приводят переломы шейки бедра – смертность в течение первого года составляет от 5 до 25% (по отдельным данным и более), являются частой причиной прикованности к постели и функциональной недостаточности; больные длительно нуждаются в постороннем уходе, только незначительная часть из них возвращается к прежнему образу жизни. Точных данных о числе переломов различных локализаций у пожилых в РФ нет. В многоцентровом исследовании, проведенном на популяции городского населения России старше 50 лет, частота переломов проксимального отдела бедра составляла в среднем 105,6, а переломов предплечья - 514,0 на 100 000 человеко-лет наблюдения.

Профилактические мероприятия направлены на предотвращение падений и снижение потери костной массы (остеопороз наблюдают у 30-40% пожилых, однако переломы – только у 3-6%). Риск переломов выше у пожилых женщин из-за ускоренного снижения костной массы в менопаузе. Средний возраст, в котором случается перелом шейки бедра – 75-79 лет.

Остеопороз может быть вторичным – развивается при эндокринных, ревматических заболеваниях, болезнях органов пищеварения, почек, печени и крови, приеме некоторых лекарственных средств (кортикостероидов, противосудорожных, иммунодепрессантов, антацидов, содержащих алюминий; тиреоидных гормонов).

Типичный пациент

Пожилая женщина (65 лет и старше). При осмотре: кифоз, уменьшение роста, пациентка с трудом поднимается из сидячего положения.

Признаки наличия серьезных проблем

Подозрение на вторичный остеопороз при серьезном заболевании, требующем дополнительного обследования: ревматоидный артрит, гиперпаратиреоз, гипертиреоз, синдром Иценко-Кушинга, гипогонадизм, уремия, целиакия и др.

Несоответствующее возрасту снижение плотности костной ткани.

Подозрение на злокачественное новообразование с метастазами в костях, миеломную болезнь

Перелом шейки бедра

Факторы риска

1. Факторы, определяющие снижение плотности костной ткани

Женский пол

Возраст 65 лет и старше; менопауза

Переломы при незначительных травмах в анамнезе

Перелом шейки бедра у матери

Низкая масса тела (ИМТ < 18,5)

Длительный прием стероидов (более 6 мес)

Курение

2. Факторы, повышающие риск падений

Даже при наличии остеопороза переломы редко случаются без падения. Наличие одновременно нескольких факторов, повышающих риск падения, при сниженной костной массе многократно увеличивает вероятность переломов.

Возраст, малоподвижность

Мышечная слабость, сниженные рефлексы, нарушения походки или равновесия

Болезнь Паркинсона, инсульт, артрит, аритмия

Нарушения зрения, расстройства памяти, деменция

Прием лекарств – седативные, снотворные, диуретики, антигипертензивные, противосудорожные

Постоянное употребление алкоголя

Проживание в условиях, способствующих падению (например, скользкое покрытие пола)

Даже при наличии остеопороза переломы редко случаются без падения. Наличие одновременно нескольких факторов, повышающих риск падения, при сниженной костной массе многократно увеличивает вероятность переломов.

Связь отдельных факторов риска снижения костной массы и их комбинаций с переломами в исследованиях точно не определена. Не существует достоверных способов балльной оценки факторов риска для определения вероятности переломов у конкретного пациента.

О высокой вероятности снижения костной массы и связанном с ней высоком риске переломов свидетельствует:

наличие переломов при незначительной травме в анамнезе, компрессионных переломов позвоночника;

наличие нескольких дополнительных факторов риска снижения костной массы у женщины в постменопаузе (может служить показанием к дополнительному обследованию - см. ниже).

Обследование

Особенности анамнеза, на которые следует обратить внимание

Раннее начало менопаузы (до 45 лет)

Обследование пациента

Сбор анамнеза и жалоб, общетерапевтический осмотр, направленные на оценку индивидуального риска переломов (см. факторы риска).

Инструментальные методы обследования

Визуальная оценка рентгенограмм скелета нецелесообразна для диагностики остеопороза (видны только поздние стадии остеопении, интерпретация результатов ненадежна, сильно зависит от квалификации рентгенолога); полезна для выявления компрессионных переломов позвоночника у пациентов с типичными симптомами (боли в спине, снижение роста, кифоз).

Костная денситометрия. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) нескольких отделов скелета (например, проксимального отдела бедра и позвоночника) является наилучшим предиктором переломов среди существующих методов денситометрии. Показания к проведению DXA ограничены ее высокой стоимостью и отсутствием физической доступности во многих регионах РФ. Проведение DXA целесообразно при наличии высокого риска переломов и возможности проведения длительного лечения (с учетом готовности пациента следовать рекомендациям). Тот же метод должен быть в дальнейшем использован для оценки эффективности терапии. DXA не следует проводить при наличии признаков остеопороза (компрессионные переломы позвоночника на рентгенограмме); у лиц старше 80 лет (возможности лечения ограничены, а интерпретация результатов обследования затруднена); у женщин, получающих заместительную гормональную терапию в отсутствие факторов риска; в качестве первоочередного метода обследования при жалобах на боли.

Лабораторные тесты. Определение маркеров костной резорбции нецелесообразно для подтверждения первичного остеопороза (чувствительность и специфичность отдельных маркеров для определения риска переломов очень низки). Лабораторные тесты требуются для установления диагноза при вторичном остеопорозе, остомалиции и исключении других причин болей в костях (остеопороз вторичен в большинстве случаев

у женщин в менопаузе и у мужчин); назначение конкретных тестов определяется предположительным диагнозом.

Скрининг на остеопороз

Массовый неселективный скрининг на остеопороз без учета факторов риска не целесообразен.

По результатам обследования пациентов можно разделить на следующие группы:

пациенты в возрасте до 75 лет с высоким риском остеопоротических переломов (в анамнезе переломы при незначительных травмах, компрессионные переломы позвоночника, остеопороз при костной денситометрии[1]);

пациенты в возрасте до 75 лет с низким риском остеопоротических переломов (отсутствие факторов риска, отсутствие остеопороза при костной денситометрии);

пациенты в возрасте до 75 лет с неопределенным риском остеопоротических переломов (некоторые факторы риска присутствуют, но костная денситометрия не проводилась)

пациенты старческого возраста (75 лет и более) независимо от наличия или отсутствия остеопороза.

Действия

При наличии серьезных проблем

Пациента следует направить на консультацию к специалисту в зависимости от предположительного диагноза. При переломе шейки бедра – госпитализация (ранее оперативное лечение существенно улучшает прогноз).

При отсутствии серьезных проблем

Всем пожилым пациентам с целью профилактики переломов показано: информирование о риске переломов и способах его снижения; поддержание активного образа жизни, регулярные физические упражнения с умеренной нагрузкой, рациональное питание с достаточным поступлением кальция (1000 – 1500 мг в сут; 100 мг кальция содержится, например, в 100 мл 3% молока). Лицам старше 65 лет полезен прием препаратов кальция с витамином D (500-1000 мг кальция + 200-400 МЕ витамина D в сут).

Дальнейшая тактика основана на оценке индивидуального риска переломов у каждого пожилого человека.

Пациентам в возрасте до 75 лет с низким риском развития переломов достаточно вышеперечисленных мероприятий.

Пациентам с высоким риском развития переломов показаны препараты кальция и витамина D; возможно назначение дополнительной медикаментозной профилактики: алендронат или, при болевом синдроме, кальцитонин. Недостатки медикаментозной профилактики – необходимость длительного приема для снижения риска переломов; побочные эффекты терапии, высокая стоимость.

Пациентам в возрасте до 75 лет с неопределенным риском переломов возможно дополнительное обследование по желанию пациента.

Гормонозаместительная терапия не рассматривается в настоящий момент как способ профилактики переломов в связи с опасностью побочных эффектов; в любом случае следует вначале рассмотреть другие возможности. Пациенткам, получающим гормонозаместительную терапию по другим показаниям, нецелесообразно назначать дополнительные медикаментозные средства для профилактики переломов.

Пациенты старческого возраста (75 лет и более) независимо от наличия или отсутствия остеопороза в первую очередь нуждаются в снижении риска падений:

при рутинных осмотрах необходимо регулярно оценивать риск падений (см. факторы риска) и по возможности минимизировать влияние управляемых факторов - включает адекватное лечение хронических заболеваний, исключение неоправданного назначения медикаментов (в первую очередь психотропных), коррекцию зрения, улучшение способности к передвижению (уход за стопами, удобная обувь на невысоком каблуке с нескользкой подошвой, трости при ходьбе); разъяснение необходимости медленно вставать из положения лежа при ортостатической гипотензии;

рекомендации по организации безопасной среды проживания – не скользкое покрытие пола; резиновые коврики в ванной; поручни в ванной и туалете; отсутствие незафиксированных покрытий на полах и лестницах; хорошее освещение, включая ночное; расположение необходимых предметов в пределах доступности; устойчивые стулья и кровать достаточной высоты.

Все данные об эффективности медикаментозной профилактики переломов получены в исследованиях, включавших пациентов в возрасте менее 80 лет.

При наличии психосоциальных факторов риска

Ношение протектора бедра (комплаентность низкая, необходимо убедить пациента и ухаживающих за ним лиц в полезности данного способа профилактики).

Помощь в организации безопасной, с точки зрения профилактики падений, среды проживания (со стороны патронажной сестры, социального работника).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Больная А., 72 лет. Жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах и голове, снижение памяти.

Больна около 5 лет, последний год отмечает повышение АД (максимальное - 175/90 мм рт. ст.), кратковременные потери сознания при переходе из горизонтального в вертикальное положение, резких наклонах и поворотах головы. Туберкулез, вензаболевания у себя и родственников отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 18 в 1 мин. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - 3-е межреберье, левая - в 5-ом межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Ширина сосудистого пучка - 11 см. Ритм правильный. I тон ослаблен, акцент II тона над аортой с металлическим оттенком. Над аортой выслушивается систолический шум, который усиливается в вертикальном положении с запрокинутыми за голову руками. Пульс - 76 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. АД - 170/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

На прием к ВОП обратился больной П., 66 лет с жалобами на головокружение, шум в ушах, ослабление памяти, одышку при физической нагрузке, умеренные сжимающие боли в области сердца, возникающие при ходьбе до 250 метров, без иррадиации, купирующиеся самостоятельно в покое через 15 - 20 минут.

Считает себя больным около двух лет, когда появилась вышеуказанная симптоматика. Без видимых причин потерял сознание, со слов окружающих, до 2-х минут, в связи с чем обратился за медпомощью.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, умеренный акроцианоз. В легких дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, ограничен, усилен. Сердечный ритм правильный, I тон ослаблен, акцент II тона на аорте. Грубый, скребуший, систолический шум во II межреберье справа от грудины, проводится по ходу сонных артерий и в межлопаточную область и в точку Боткина. ЧСС - 66, Ps - 66 в 1 минуту. АД - 170/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Температура - 36,5.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Особенности физического, познавательного и психосоциального развития пожилых.
2. Методика эффективных взаимоотношений с пожилыми пациентами, их семьями и попечителями в условиях ОВП.
3. Этические подходы при решении проблем пожилых.
4. Организация сотрудничества с органами социального обеспечения для оказания соответствующей помощи пожилым.

1) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Заболевания характерные для процесса старения

	А.	все	ответы	верны
Б.				ИБС
В.				СД
Г.				Атеросклероз
Д.		Артериальная		гипертензия.
2.	В первую очередь подвергается возрастным изменениям система			
А.				сердечно-сосудистая
Б.				нервная
В.				эндокринная
Г.				дыхательная
Д.				пищеварительная
3.	При старении изменения возникают в клетках			
А.	все	ответы	верны	
Б.	изменения	в	ДНК	
В.	Нарушение	синтеза	белка	
Г.		Нарушение	трансляции	
Д.		нарушение	транскрипции	
4.	При старении концентрация гонадотропных гормонов гипофиза			
А.				увеличивается
Б.				уменьшается
В.		Не		изменяется
Г.	Снижается		до	0
Д.	нет		правильного	ответа
5.	Особенности проявления болезней у пожилых и стариков			
А.	все	ответы	верны	
Б.				атипичность
В.				ареактивность
Г.	Сглаженность	клинических		проявлений
Д.	преобладание	хронических	форм	заболеваний над острыми
6.	Вид	реабилитации	для	гериатрических
А.		все	ответы	пациентов
Б.				верны
В.				медицинская
Г.				психологическая
Д.				Социальная
				профессиональная
7.	После 60 лет дегенеративно-дистрофические изменения скелета грудной клетки отмечаются			
А.		все		перечисленные
Б.	остеохондроз	грудного	отделов	позвоночника
В.	кальциноз		реберных	хрящей
Г.		грудной		кифоз
Д.	бочкообразная		грудная	клетка.
8.	С	возрастом	показатели	ФВД
А.			все	изменяются
Б.		дыхательный		перечисленное
В.			объем	(ДО)
Г.				ЖЕЛ
Д.		увеличение	остаточных	ОФВ1
				объемов
9.	При старении какой процесс преобладает в тканях органов дыхания			
А.				атрофия
Б.				гипертрофия

- В. метаплазия
 Г. оплазия
 Д. все ответы верны
10. Признаки, появляются при бронхообструкции
 А. все перечисленное
 Б. одышка
 В. малопродуктивный кашель
 Г. удлинение выдоха
 Д. сухие свистящие хрипы
11. Для хронического бронхита характерны рентгенологические признаки
 А. все ответы верны
 Б. сетчатый пневмосклероз
 В. крупноочаговая деформация легочного эмфизема
 Г. нет правильного рисунка
 Д. нет ответа
12. Группы препаратов, применяющиеся для лечения хронического бронхита
 А. все перечисленное
 Б. противовоспалительные
 В. бронхолитики
 Г. отхаркивающие
 Д. противогистаминные
13. Рентгенологически для эмфиземы легких характерно
 А. повышенная прозрачность легочных полей
 Б. усиление легочного рисунка
 В. изменений нет
 Г. очаги пневмосклероза
 Д. воспалительные очаги
14. Основные изменения в сосудах у людей пожилого возраста возникают
 А. в крупных артериальных стволах
 Б. в структуре сосудистой стенки
 В. интимы
 Г. атрофией мышечного слоя
 Д. все перечисленное
15. При каком заболевании больной сидит несколько согнувшись вперед
 1. выпотном перикардите;
 2. остром инфаркте миокарда;
 3. бактериальном эндокардите;
 4. остром миокардите;
 5. хроническом миокардите.
16. Вынужденное положение больного с опущенными вниз ногами
 1. ортопноэ;
 2. тахипноэ;
 3. диспноэ;
 4. брадипноэ.
 5. обычное.
17. Окраска кожи напоминающая цвет "кофе с молоком" наблюдается при
 1. затяжном септическом эндокардите;
 2. ревматическом эндокардите;
 3. аневризме аорты;
 4. стенокардии;
 5. хроническом миокардите.
18. Распространенные отеки называются

1. анасаркой;
2. асцитом;
3. гидротораксом;
4. гидроперикардитом;
5. гидронефрозом.

19. Выбухание сердечной области и сглаживание межреберных промежутков характеризует

1. экссудативный перикардит
2. гипертрофию левого желудочка
3. гипертрофию правого желудочка
4. аневризму аорты
5. миокардит

20. Эвтаназия (искусственное приближение смерти по просьбе пациента) разрешена законодательством о здравоохранении

- А) да;
- Б) нет.

Ответ: (Б)

21. Знание врачом законов формирования личности позволяет

- А) предупредить пограничные нервно-психические расстройства;
- Б) изучать характер и личность больного;
- В) оказывать своевременную и более совершенную помощь больному;
- Г) все вышеперечисленное верно.

Ответ: (Г)

22. Ятрогенные заболевания являются:

- А) частными случаями психогений;
- Б) нежелательными изменениями психики, порожденные врачом;
- В) расстройствами психики в результате воздействия «слова» врача;
- Г) все вышеперечисленное верно.

Ответ: (Г)

23. Специфика медицинской этики и деонтологии в деятельности организатора здравоохранения заключается во всем, кроме:

- А) управления этической ситуацией в коллективе;
- Б) организации обучения персонала по вопросам этики и деонтологии;
- В) информации коллектива о тенденциях в состоянии здоровья населения.

Ответ: (В)

2) Решите ситуационные задачи

3.1.1.2 *Задача № 1.*

3.1.1.3 *В клинику поступил больной Д. 72 лет с жалобами: на интенсивные боли за грудиной в течение нескольких часов, не купирующиеся после приема нитроглицерина, с иррадиацией в позвоночнике и по ходу аорты.*

3.1.1.4 *О какой патологии можно думать проанализировав жалобы больного.*

3.1.1.5

3.1.1.6 *Задача № 2*

3.1.1.7 *У больной страдающей ГБ в течении 7-8 лет последний год наблюдались частые гипертонические кризы. В последний раз больная жаловалась на жгучие боли за грудиной, одышку на фоне АД 180/110 мм рт ст. Больная срочно доставлена в стационар. На ЭКГ – подъем сегмента S-T, инверсия зубца T в I ст. отведений и V₁, V₂.*

3.1.1.8 *О каком осложнении ГБ можно думать?*

3.1.1.9

3.1.1.10 *Задача № 3.*

3.1.1.11 *Больная 60 лет поступила в стационар с жалобами в эпигастральной области после приема пищи через 1-1,5 часа, а также натощак. Из диспепсических жалоб отмечаются: изжога, отрыжка.*

3.1.1.12 *В анамнезе: боли беспокоят в течении 3-х лет, усиление болей отмечается осенью и особенно по ночам. Объективно: больная бледная, раздражительная, отмечается*

плаксивость. При пальпации живота болезненность в пилородуоденальной области.

3.1.1.13 *Ваш предварительный диагноз?*

3.1.1.14 *Что необходимо для подтверждения диагноза?*

3.1.1.15

3.1.1.16 *Задача №4.*

3.1.1.17 *У больного 60 лет, многие годы страдающего язвенным колитом, вдруг внезапно появились сильные боли в животе, понос, в испражнениях кровь, гной. Кожные покровы бледные, тела 38 градус, резкая слабость.*

3.1.1.18 *Ваш предварительный диагноз?*

3.1.1.19 *Ваша тактика?*

3.1.1.20

3.1.1.21 *Задача № 5*

3.1.1.22 *Больной А. - 60 лет поступил в стационар с жалобами жалобы на кашель с выделением мокроты, отдышку, слабость, субфебрильную температуру, быструю утомляемость. Мокрота гнойная. Отдышка вначале при физической нагрузке, потом в покое. Сог- расширение границ вправо, акцент второго тона на артерии пульмонализ. Перкуторно: коробочный перкуторный звук, дыхание ослабленное, сухие и влажные хрипы, голосовое дрожание.*

3.1.1.23 *Вопрос: Ваш диагноз?*

Рекомендуемая литература:

Основная:

19. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

Дополнительная:

22. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

РАЗДЕЛ «Акушерство и гинекология в ОВП».

Подраздел 1. Акушерская и гинекологическая помощь в ОВП.

Тема 1.1:

1. «Обследование здоровых и больных женщин» .
2. «Менструальный цикл и его нарушения» .
3. «Репродуктивное здоровье» .
4. «Акушерство» .
5. «Гинекология» .
6. «Менопауза».
7. «Продвижение здоровья и профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний у женщин».

Цель: к концу обучения раздела «Акушерская и гинекологическая помощь в ОВП» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, необходимые для эффективного оказания первичной акушерско-гинекологической помощи в условиях ОВП.

Задачи:

1. Уметь проводить полное клиническое обследование беременных и женщин с заболеваниями половой сферы и молочной железы в условиях ОВП
2. Знать распространенность гестозов и экстрагенитальных заболеваний беременных в популяции и в регионе с учетом возраста, уметь их выявлять, диагностировать и лечить
3. Знать распространенность основных гинекологических заболеваний в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
4. Проводить профилактические и реабилитационные мероприятия при беременности наиболее часто встречающихся заболеваний женской половой сферы, выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
5. Уметь устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с беременными и женщинами, имеющими хронические заболевания половой сферы, и их семьями в условиях ОВП
6. Уметь организовать помощь беременным и женщинам с заболеваниями половой сферы и молочной железы наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

1.Болезни женских половых органов

Ведущие клинические синдромы и нозологические формы:

- 1.1. Болезни молочной железы
- 1.2. Болезни репродуктивной системы в различных возрастных периодах
- 1.3. Боль внизу живота
- 1.4. Воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов
- 1.5. Контрацепция
- 1.6. Нейроэндокринные синдромы
- 1.7. Дисфункциональные маточные кровотечения
- 1.8. Синдром поликистозных яичников
- 1.9. Нарушение репродуктивной функции
- 1.10. Опухоли женских половых органов
- 1.11. Предменструальный синдром

2.Акушерство

Ведущие клинические синдромы и нозологические формы:

- 2.1 Нормально протекающая беременность
- 2.2 Ранние гестозы:
- 2.3 Рвота беременных
- 2.4 Поздние гестозы:
- 2.5 Преэклампсия, эклампсия
- 2.6 Физиологические и патологические роды
- 2.7 Самопроизвольный аборт

Обучающийся должен уметь:

применить свои знания, которые требуются для ведения беременных и женщин, имеющих проблемы/состояния/заболевания половой сферы и молочных желез, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Историей болезни беременной и женщины, имеющей патологию половой сферы:

Опросом (жалобы, анамнез, включая акушерский и гинекологический)

Исследованием женской половой сферы и молочных желез

Лабораторными исследованиями:

1. Взятием и приготовлением мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с:
 - 1.1. с уретры
 - 1.2. с шейки матки
 - 1.3. влагалища
2. Диагностикой беременности тест полосками
3. Интерпретацией цитологического и бактериологического исследований с уретры, с шейки матки и влагалища
4. Пониманием гистологического исследования биопсийного материала

Методами диагностики, процедурами/манипуляциями:

1. Гинекологическими обследованиями

- 1.1. Осмотром наружных половых органов девочек, подростков и женщин
- 1.2. Пальпацией бартолиновых желез и парауретральных протоков
- 1.3. Вагинальным пальцевым исследованием
- 1.4. Двуручным влагалищным исследованием
- 1.5. Двуручным ректовагинальным исследованием
- 1.6. Ректальным исследованием органов малого таза у девочек и подростков
- 1.7. Ректальной пальпацией дугласова пространства
- 1.8. Осмотром влагалища и шейки матки в зеркалах

2. Тестами:

- 2.1. Проведения и оценкой менограммы
- 2.2. Проведения и оценкой базальной температуры
- 2.3. Проведения и оценкой симптома «зрачка»
- 2.4. Проведения и оценкой шеечной слизи
- 2.5. Проведения и оценкой симптома «листа папоротника»

3. Акушерским обследованием

Определением беременности и ее срока:

- 3.1. Предположительными и вероятными признаками беременности
- 3.2. Достоверными признаками беременности
- 3.3. Определением предполагаемой даты родов
- 3.4. Акушерским исследованием беременной
- 3.5. Наружным, включая приемы Леопольда
- 3.6. Внутренним (влагалищным) акушерским исследованием
- 3.7. Оценкой сердцебиения плода
- 3.8. Ведением физиологических родов
- 3.9. Эпизиотомией
- 3.10. Осмотром и оценкой состояния последа
- 3.11. Первичным туалетом новорожденного, перевязкой и обработкой пупочной ранки
- 3.12. Оценкой состояния новорожденного по Апгар
- 3.13. Профилактикой гонобленнореи у новорожденного
- 3.14. Диафаноскопией кистозных образований молочной железы
- 3.15. Применением лекарственных средств (наружное и внутривлагалищное)
- 3.16. Методикой чтения рентгенограмм
- 3.17. Пониманием маммографии

Оказанием неотложной помощи в акушерстве и гинекологии:

1. Неотложными состояниями в акушерстве

- 1.1. Самопроизвольный аборт

- 1.2. Внематочная беременность
- 1.3. Кровотечения в раннем сроке беременности и во второй половине беременности, в родах, послеродовое
2. *Гестозами ранними и поздними:*
 - 2.1. Рвота
 - 2.2. ОПГ-гестоз (отеки, протеинурия, артериальная гипертензия)
 - 2.3. Преэклампсия, эклампсия
 - 2.4. HELLP-синдром
 - 2.5. Эмболия околоплодными водами
 - 2.6. Тромбоэмболия легочной артерии в послеродовом периоде
 - 2.7. Реанимация новорожденного

Неотложными состояниями в гинекологии

1. Маточное кровотечение
2. Травмы женских половых органов

Ведением в амбулаторных условиях после выписки из стационара/роддома беременных и родильниц и женщин с заболеваниями половой сферы и молочной железы

1. Навыками консультации:

- 1.1. Обучение женщин личной гигиене половых органов
- 1.2. Обучение женщин использованию оральных контрацептивов
- 1.3. Обучение женщин самоосмотру молочных желез
- 1.4. Обучение беременной режиму питания, труда, отдыха
2. *Профилактическими рекомендациями беременной и женщине с проблемами/состояниями/заболеваниями женской половой сферы и молочных желез:*
 - 2.1. Здоровый образ жизни
 - 2.2. Назначение физических нагрузок
 - 2.3. Табакокурение
 - 2.4. Профилактика подростковой беременности
 - 2.5. Профилактика инфекций, передающихся половым путем
 - 2.6. Профилактика остеопороза
 - 2.7. Профилактика и скрининг онкологических заболеваний женщин (рак молочной железы и шейки матки)
 - 2.8. Консультирование по планированию семьи
 - 2.9. Консультирование семьи, ждущего рождения ребенка
 - 2.10. Консультирование семьи, имеющей больную со злокачественным заболеванием половых органов и молочных желез

Организационной работой в ОВП по ведению беременных, родильниц и женщин с заболеваниями половой сферы и молочной железы:

Медицинской экспертизой:

1. Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности
2. Проведением клинико-экспертной комиссии (КЭК)
3. Определением медицинских показаний к трудоустройству
4. Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:
5. Организацией маршрута беременной и женщин, имеющих заболевания половой сферы и молочной железы: диагностикой, лечебно-оздоровительными и реабилитационными мероприятиями, консультациями специалистов, госпитализацией
6. Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам с заболеваниями женской половой сферы и молочной железы

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Обсуждение проведения полного клинического обследования беременных и женщин с заболеваниями половой сферы и молочной железы в условиях ОВП
2. Рассмотрение распространенности гестозов и экстрагенитальных заболеваний беременных в популяции и в регионе с учетом возраста, уметь их выявлять, диагностировать и лечить
3. Рассмотрение распространенности основных гинекологических заболеваний в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
4. Обучение профилактическим и реабилитационным мероприятиям при беременности наиболее часто

встречающихся заболеваниях женской половой сферы, выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.

5. Уметь устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с беременными и женщинами, имеющими хронические заболевания половой сферы, и их семьями в условиях ОВП

6. Уметь организовать помощь беременным и женщинам с заболеваниями половой сферы и молочной железы наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (перечислить), освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя).

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: 1. Предварительный диагноз. 2. Ведущие симптомы и синдромы. 3. Признаки наличия серьезных проблем. 4. Признаки наличия психосоциальных факторов риска. 5. Особенности сбора анамнеза, осмотра. 6. Лабораторные и инструментальные исследования- показания для исследований. 7. Тактика ВОП.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Женщина 18 лет, первая беременность, срок 10 недель, предъявляет жалобы на тошноту и рвоту (ТР), продолжающиеся в течение всего дня.

Предварительный диагноз: *Тошнота и рвота у беременных*

Симптомы: Тошнота, рвота

Признаки наличия серьезных проблем -ТР, не поддающиеся лечению;

ТР, продолжающиеся во втором и третьем триместрах беременности;

Неукротимая рвота беременных (Hyperemesis gravidarum);

Потеря веса, превышающая 5% от массы тела;

Дегидратация (снижение тургора кожи, сухость кожи и слизистых, олигурия, кетоз);

Неудовлетворительные показатели лабораторных и инструментальных исследований;

Постуральная (ортостатическая) гипотензия, тахикардия, лихорадка;

Гепатоспленомегалия, болезненность в эпигастрии, точке Мерфи;

Изменение высоты стояния дна матки, ухудшение слышимости тонов сердца плода.

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Психические расстройства (нарушения питания – анорексия, тревога, депрессия, хронический стресс), неоднозначное восприятие или отрицание женщиной беременности, истероидный тип личности;

Употребление алкоголя, фармакологических препаратов, вызывающих тошноту и рвоту (напр., морфин, дигоксин), профессиональные вредности, путешествия (морская болезнь), чрезмерные физические нагрузки.

Ведение пациента

Анамнез

Необходимо обратить внимание на симптомы (их тяжесть и продолжительность). Хотя диагностика ТР у беременных, на основании сбора анамнеза, не представляет трудностей, важно исключить другие причины, приводящие к развитию ТР.

Осмотр

При проведении физикального осмотра в большинстве случаев патология не выявляется. Возможны сниженный тургор, сухость кожи и слизистых.

Лабораторные и инструментальные исследования необходимы только в тяжелых случаях, когда имеется реальный риск для здоровья матери или плода:

Общий анализ мочи (кетонурия)

Биохимический анализ крови (в тяжелых случаях возможно ухудшение показателей печеночных проб, изменение показателей мочевины крови).

Уровень электролитов крови (нарушение баланса электролитов);

Гормоны крови (гипертироксинемия);

УЗИ органов брюшной полости (патология ЖКТ).

Факторы риска: пузырный занос; многоплодная беременность; первая беременность; нежелательная беременность; предыдущая беременность, осложненная ТР; женский пол плода; отсутствие аборт в анамнезе; отсутствие стажа курения; низкий социально-экономический статус; юный возраст беременной женщины; ярко выраженные эмоциональные черты характера.

При признаках серьезных проблем

Необходима консультация специалиста (акушер-гинеколог, гастроэнтеролог, эндокринолог, оториноларинголог).

При отсутствии признаков серьезных проблем

Объяснить пациентке, что большинство случаев ТР проходят самостоятельно в конце первого триместра беременности, и являются излечимыми состояниями (в течение 2-4 недель) при соблюдении рекомендаций.

Немедикаментозное лечение – диета, изменение стиля жизни. Принимать пищу следует часто, малыми порциями. Использовать продукты, богатые белками, углеводами и бедные жирами. Рекомендовано применение пищевых добавок, содержащих имбирь. Следует избегать неприятных пищи и запахов, которые вызывали тошноту до беременности. Соблюдение режима дня, послеобеденный сон.

Лекарственная терапия обоснована только в случаях, когда нет эффекта от немедикаментозного лечения, симптомы ТР ярко выражены, носят хронический характер или существенно снижают качество жизни женщины.

Стандартом лечения служит комбинация пиридоксина (витамин В6) и блокатора Н1-гистаминовых рецепторов доксиламина (Юнисом – таблетки по 25мг). Рекомендуется назначать ½ таблетки Юнисома + 10мг пиридоксина 3 раза в день.

Монотерапия пиридоксином (по 10-25 мг 3 раза в день, с перерывами в 2-3 дня), может быть назначена в случае невозможности комбинированной терапии.

Изолированное назначение блокаторов Н1-гистаминовых рецепторов рекомендуется при тяжелом течении ТР.

Антимиметики (метоклопрамид) безопасны при ведении беременных с ТР, однако убедительных данных их эффективности, не получено.

В случае резистентности к немедикаментозному и фармакологическому лечению, необходимо искать другие причины ТР, что не всегда бывает успешным.

При наличии психосоциальных факторов риска

С целью уменьшения реакций на внешние стимулы, ослабления психомоторного возбуждения и подавления чувства страха рекомендуется использовать нейролептики – производные фенотиазина (хлорпромазин по 10-20мг 4-6 раз в день, прохлорперазин по 5-10 мг 3-4 раза в день), безопасные для здоровья матери и плода, эффективные при тяжелом течении ТР у беременных.

Рекомендуется избегать необоснованного использования фармакологических препаратов (нередко вызывающих ТР), употребления алкоголя и наркотических веществ. Также следует воздержаться от дальних поездок и тяжелых физических нагрузок.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача 1. Больная, 20 лет, заболела остро, с повышением температуры до 38,4°C. Начало заболевания совпало с началом месячных. Беспокоят резкие боли внизу живота.

При специальном осмотре обращает на себя внимание резкая болезненность придатков с обеих сторон, матка нормальной величины, инфильтратов нет.

Наиболее вероятно, что у больной:

- а) острое воспаление придатков матки;
- б) острый аппендицит;
- в) разрыв кисты яичника;
- г) острое воспаление придатков гонорейной этиологии.

Задача 2. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на увеличение массы тела на 18кг, редкие месячные. Данные симптомы развились после родов. Менструальная функция до родов носила нормальный характер. Роды 2 года назад протекали на фоне преэклампсии, осложнились массивным кровотечением.

Объективно: ожирение III степени, лунообразная форма лица, незначительный гирсутизм, артериальное давление - 150/90 мм рт. ст.

При влагалищном исследовании патологии не выявлено.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) послеродовой эндокринный синдром;
- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера.

Задача 3. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, легкую утомляемость, похудание, отсутствие месячных в течение года. Роды 2 года назад с кровопотерей более 2 литров.

Объективно: астеническое телосложение, артериальное давление - 90/60 мм рт. ст.

При влагалищном исследовании обращает на себя внимание выраженная сухость слизистой влагалища, матка меньше нормы.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) синдром Иценко – Кушинга;

- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера;
- г) синдром Киари – Фроммеля.

Задача 4. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на отсутствие месячных в течение 8 месяцев. Роды 6 лет назад без особенностей.

Объективно: галакторея, нерезко выраженная акромегалия и гирсутизм.

При влагалищном исследовании патологии не обнаружено.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) синдром Иценко – Кушинга;
- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера;
- г) опухоль гипофиза.

Задача 5. Пациентка, 25 лет, обратилась к семейному врачу с жалобами на раздражительность, агрессивность, тошноту, головокружение, болезненное нагрубание молочных желез, зуд в области промежности, повышение температуры тела, снижение зрения, одышку. Данные жалобы возникают за 2-14 дней до менструации и исчезают после окончания менструации.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) эндометриоз;
- б) альгодисменорея;
- в) предменструальный синдром;
- г) тиреотоксикоз.

Задача 6. У роженицы на 6-й день послеродового периода наблюдается повышение температуры тела до 38°C, озноб, болезненность при пальпации молочных желез. Описанная клиническая картина характерна:

- а) для нагрубания молочных желез;
- б) для серозного мастита;
- в) для абсцесса молочной железы;
- г) для трещин соска.

Задача 7. Роженица предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 39°C на пятые сутки после родов.

Объективно: гиперемия верхненаружного квадранта левой молочной железы, там же плотный инфильтрат 5х6 см, болезненный при пальпации, на левом соске - трещина, правая молочная железа без особенностей.

В описанной ситуации наиболее вероятен диагноз:

- а) лактационный серозный мастит;
- б) трещина сосков;
- в) опухоль молочной железы;
- г) абсцесс молочной железы.

Задача 8. У роженицы на 5-й день после родов был обнаружен лактационный мастит. Через 3 дня, несмотря на проводимую антибактериальную терапию, вновь повысилась температура, появился озноб, продолжают беспокоить боли в молочной железе.

Объективно: имеется инфильтрат в верхненаружном квадранте левой молочной железы, в центре которого определяется размягчение.

Каковы основные принципы лечения заболевания на данном этапе?

Ответы на задачи

Задача 1. а) острое воспаление придатков гонорейной этиологии.

Задача 2. а) послеродовый эндокринный синдром.

Задача 3. б) синдром Шихена.

Задача 4. г) опухоль гипофиза.

Задача 5. в) предменструальный синдром.

Задача 6. б) для серозного мастита.

Задача 7. г) абсцесс молочной железы.

Задача 8.

- а) изменение антибактериальной терапии
- б) дезинтоксикационная терапия

- в) применение физиотерапии
- г) хирургическое вмешательство.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы ординаторов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 2.1. Определение понятия «репродуктивная система».
 - 2.2. Структура репродуктивной системы.
 - 2.3. Функции отдельных уровней репродуктивной системы.
 - 2.4. Механизмы регуляции репродуктивной системы
 - 2.5. Техника проведения основных методов исследования в гинекологии: осмотр влагалища и влагалищной части шейки матки на зеркалах, зондирование матки, биопсия шейки матки, аспирационная биопсия, пункция брюшной полости через задний свод влагалища, получение содержимого полости матки.
 - 2.6. Показания к проведению УЗИ, эндоскопических методов диагностики.
 - 2.7. Подготовка женщины к проведению инструментальных методов исследования.
 - 2.8. Назовите наиболее надежный из неинвазивных методов контрацепции.
 - 2.9. Относительные показания к барьерным методам контрацепции?
 - 2.10. На чем основан ритм-метод контрацепции.
 - 2.11. Механизм действия ВМС.
 - 2.12. Показания к применению посткоитальных препаратов.
 - 2.13. Рекомендации супругам, планирующим беременность.
 - 2.14. Показания к медико-генетическому консультированию.
 - 2.15. Перечислить современные методы контрацепции.
 - 2.16. Показания и противопоказания операции хирургической стерилизации.
 - 2.17. Методы контрацепции, рекомендуемые женщинам с различными экстрагенитальными заболеваниями.
 - 2.18. Перечень показаний (социальных и медицинских) к искусственному прерыванию беременности.
 - 2.19. Предпосылки развития и основные клинические проявления климактерического синдрома.
 - 2.20. Клиника и тактика ведения больных с предменструальным синдромом.
 - 2.21. Диагностика синдрома Шихена.
 - 2.22. Принципы заместительной терапии посткастрационного синдрома.
 - 2.23. Синдром склерокистозных яичников. Предрасполагающие факторы.
 - 2.24. Признаки гипофункции яичников.
 - 2.25. Дифференциальная диагностика овуляторных и ановуляторных кровотечений.
 - 2.26. Лечение вторичной альгодисменореи.
 - 2.27. Классификация воспалительных заболеваний женских половых органов.
 - 2.28. Методы распространения инфекции по органам малого таза.
 - 2.29. Принципы диагностики ВЗПО.
 - 2.30. Тактика врача общей практики в ведении больных с ВЗПО.
 - 2.31. Показания к госпитализации.
 - 2.32. Определение «бесплодного брака».
 - 2.33. Классификация бесплодия (первичное, вторичное, абсолютное, относительное).
 - 2.34. Формы женского бесплодия (трубное, эндокринное).
 - 2.35. Женские, мужские и сочетанные факторы бесплодия в браке.
 - 2.36. Этапы диагностики бесплодия.
 - 2.37. Экстракорпоральное оплодотворение. Показания, необходимые условия со стороны женского организма.
 - 2.38. Крауроз и лейкоплакия. Принципы диагностики.
 - 2.39. Фоновые заболевания шейки матки: эктропион, папиллома, эндометриоз, эрозия, псевдоэрозия, дисплазия, гиперплазия. Клинические проявления, диагностика.
 - 2.40. Эндометриоз. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические проявления. Диагностика.
 - 2.41. Тактика врача общей практики в профилактике злокачественных новообразований женских

половых органов.

- 2.42. Клинические особенности опухолей гениталий у девочек.
- 2.43. Тактика врача общей практики при подозрении на внематочную беременность.
- 2.44. Апоплексия яичника. Первая помощь. Принципы терапии.
- 2.45. Перекрут ножки опухоли яичника. Первая помощь.
- 2.46. Пиосальпинкс и пиовар. Клиника, диагностика, мере прития первой медицинской помощи.
- 2.47. Профилактика заболеваний молочной железы.
- 2.48. Основные клинические проявления патологии молочной железы.
- 2.49. Первая помощь при лактационных маститах.
- 2.50. Гормональная регуляция процесса роста, развития и функционирования молочной железы.
- 2.51. Роль врача общей практики в диагностике и лечении мастопатии.
- 2.52. Современные методы диагностики беременности.
- 2.53. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, связанные с беременностью.
- 2.54. Наиболее оптимальный метод послеродовой контрацепции.
- 2.55. Явки к врачу общей практики при физиологической беременности.
- 2.56. Программа ведения физиологической беременности у женщин без сопутствующих заболеваний.
- 2.57. Показания к прерыванию беременности.
- 2.58. Ведение беременных с гипертонической болезнью.
- 2.59. Ведение беременных женщин с сахарным диабетом.
- 2.60. Ведение беременных женщин с хроническим пиелонефритом.
- 2.61. Что такое эмбриотоксический и тератогенный эффекты.
- 2.62. Какими препаратами предпочтительно проводить терапию артериальной гипертензии у беременных.
- 2.63. Какие антибактериальные средства могут применяться во время беременности.
- 2.64. Применение АСК во время беременности.
- 2.65. Классификация токсикозов беременных.
- 2.66. Рвота беременных. Программа ведения беременных.
- 2.67. Определение групп «высокого риска» и доклинических проявлений гестозов.
- 2.68. Показания к госпитализации при появлении осложнений беременности
- 2.69. Первая помощь при эклампсии и преэклампсии.
- 2.70. Периоды течения родов.
- 2.71. Биомеханизм родов.
- 2.72. Акушерское пособие.
- 2.73. Оценка физического состояния плода.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

001. Воспалительные заболевания женской половой сферы:

- а) в 60% случаев протекают в виде острого процесса;
- б) чаще вызываются моновозбудителями;
- в) не имеют патогенетических связей со стероидной контрацепцией;
- г) не имеют отличий по частоте острых и хронических форм в различных возрастных группах.

002. Хроническое воспаление придатков матки:

- а) при наличии tuboовариальных образований и протекающее с частыми обострениями является показанием к санаторно-курортному лечению;
- б) может быть причиной нарушений менструальной функции;
- в) может быть показанием для лапароскопии;
- г) может быть показанием для гидротубаций;
- д) является противопоказанием к внутриматочной контрацепции.

003. Среди воспалительных заболеваний женской половой сферы трансмиссивный путь заражения характерен:

- а) для гонореи;
- б) для трихомониаза;
- в) для туберкулеза;
- г) для хламидийной инфекции;
- д) для микоплазменной инфекции.

004. Одним из характерных симптомов

- а) стабилизации острого воспаления придатков матки является повышение СОЭ;
- б) пельвиоперитонита является одностороннее притупление тона при перкуссии передневерхних остей

крыльев подвздошных костей;

в) одностороннего воспаления придатков матки является уплощение бокового свода влагалища;

г) параметрита является резкая болезненность и уплощение заднего свода влагалища;

д) хронического эндоцервицита может быть псевдоэрозия шейки матки.

005. Пельвиоперитонит:

а) характерен для гонореи;

б) может быть следствием воспаления придатков;

в) проявляется положительным симптомом Гентера;

г) часто осложняется тромбозом тазовых вен;

д) является показанием для лапаротомии.

006. В настоящее время характерными особенностями гонореи у женщин является:

а) рост субъективно асимптомных форм;

б) редкость симбиоза возбудителя с простейшими, вирусами, спирохетами;

в) внутриэпителиальное вегетирование возбудителя;

г) возможность развития тяжелого клинического течения при поражении уретры и цервикального канала.

007. Гонорея у женщин:

а) характеризуется развитием клинических симптомов через 2-3 суток после заражения;

б) характеризуется наличием обильных пенистых белей;

в) может быть причиной атрезии цервикального канала;

г) может быть причиной бартолинита;

д) обычно осложняется развитием параметрита.

008. Критерием излеченности гонореи у женщин является отсутствие гонококков в мазках, взятых:

а) при контрольных обследованиях с использованием физиологической и комбинированной провокаций в течение 3 месяцев;

б) после трех ежемесячных алиментарных провокаций;

в) после трех серий ежемесячных физических провокаций;

г) после серии внутримышечных инъекций возрастающих доз гоновакцины;

д) после окончания курса лечения.

009. Туберкулез женской половой сферы:

а) может проявляться аменореей;

б) может проявляться гиперполименореей;

в) может быть причиной бесплодия;

г) в 30-40% случаях носит первичный характер;

д) может быть заподозрен по характерным булавовидным расширениям в ампулярных отделах маточных труб на гистеросальпингограммах.

010. Забор материала для бактериоскопического исследования на гонококки должен осуществляться:

а) из уретры, цервикального канала и прямой кишки ватным тупфером;

б) из заднего свода влагалища;

в) не менее чем через 2-3 дня после окончания антибактериальной терапии;

г) на 2-3-й день месячных;

д) у всех беременных женщин.

011. Диагноз гонореи может быть поставлен:

а) при положительной реакции Борде – Жангу;

б) при обнаружении двустороннего воспаления маточных труб;

в) в случаях сочетанного воспаления уретры и цервикального канала;

г) в случаях обнаружения гонококков;

д) в случаях повышения температуры тела до 38°C в ответ на введение гоновакцины.

012. Особенностью гонореи у женщин является:

а) высокая частота поражения влагалища;

б) наличие характерных слизисто-гнойных выделений из цервикального канала;

в) связь определенных этапов развития заболевания с менструальным циклом;

г) высокая частота поражения параметрия;

д) двустороннее поражение маточных труб.

013. Острое воспаление придатков матки гонорейной этиологии:

а) обычно развивается в течение первой недели после заражения;

б) часто осложняется пельвиоперитонитом;

в) является показанием к оперативному лечению;

- г) диагностируется с помощью гистеросальпингографии;
- д) является показанием к назначению ампициллина в курсовой дозе 3,5г.
014. Туберкулез женской половой сферы:
- а) может проявляться гиперполименореей;
- б) может быть диагностирован в результате гистологического исследования эндометрия;
- в) в 20-30% случаев носит первичный характер;
- г) чаще встречается в климактерическом периоде.
015. К восходящей гонорее относятся:
- а) бартолинит;
- б) эндоцервицит;
- в) эндометрит;
- г) аднексит;
- д) пельвиоперитонит.
016. В результате сбора анамнеза у пациентки 20 лет Вы предполагаете наличие острого воспаления придатков матки. В этой ситуации необходимо:
- а) взять мазки из уретры и цервикального канала;
- б) взять мазки на цитологическое исследование;
- в) произвести ультразвуковое исследование;
- г) начать антибактериальное лечение.
017. В результате исследования бактериоскопических мазков Вы обнаружили наличие лейкоцитов, покрывающих все поля зрения и отсутствие флоры. В этой ситуации необходимо:
- а) назначить провокацию воспаления;
- б) назначить рассасывающее противовоспалительное лечение;
- в) начать антибактериальную терапию;
- г) повторно взять мазки.
018. Распространению инфекции в женской половой сфере могут способствовать:
- а) сперматозоиды;
- б) трихомонады;
- в) внутриматочные контрацептивы;
- г) аборты;
- д) стероидные контрацептивы.
019. Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, обусловленное:
- а) нарушением цирхоральной продукции гонадотропных гормонов;
- б) органической патологией половой сферы;
- в) дисфункцией половых желез;
- г) нарушением процессов гемокоагуляции;
- д) нарушением регуляции в системе «гипоталамус-гипофиз».
020. Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, развитие которого может быть обусловлено:
- а) возрастными изменениями организма;
- б) нервно-психическими факторами;
- в) профессиональными вредностями;
- г) аллергическими факторами;
- д) изменением иммунологического статуса.
021. К дисфункциональным маточным кровотечениям в ювенильном периоде относят кровотечения:
- а) при заболеваниях крови;
- б) при сердечно-сосудистой патологии;
- в) при патологии щитовидной железы;
- г) при заболеваниях надпочечников;
- д) при нарушении становления цирхоральной продукции гонадотропного рилизинг-гормона.
022. К ановуляторным ациклическим кровотечениям относят:
- а) кратковременную ритмическую персистенцию фолликула;
- б) атрезию фолликула;
- в) длительную персистенцию фолликула;
- г) персистенцию желтого тела;
- д) недостаточность желтого тела.
023. Железистая гиперплазия эндометрия наблюдается:
- а) при дисфункциональных маточных кровотечениях в ювенильном возрасте;

- б) при гормонопродуцирующих опухолях яичника;
- в) при гипофункции яичников;
- г) при персистенции желтого тела;
- д) при дисфункциональных маточных кровотечениях в климактерическом периоде.

024. Для лечения недостаточности 1-й фазы менструального цикла используют:

- а) гестагены;
- б) витаминотерапию;
- в) эстрогены;
- г) антиандрогены;
- д) стероидные контрацептивы.

025. Для лечения кровотечения при персистенции желтого тела применяют:

- а) выскабливание полости матки;
- б) электростимуляцию шейки матки;
- в) гестагены;
- г) даназол;
- д) парлодел.

026. Истинная патологическая аменорея:

- а) наиболее часто возникает как следствие поражения гипоталамических структур;
- б) может быть следствием массивных кровопотерь в родах;
- в) может быть осложнением послеродового сепсиса;
- г) может развиваться при приеме препаратов фенотиазинового ряда;
- д) встречается при длительной персистенции желтого тела.

027. Аменорея считается:

- а) первичной, если месячные и вторичные половые признаки отсутствуют в 15 лет;
- б) центрального генеза при синдроме Ашермана;
- в) ложной при заращении девственной плевы;
- г) физиологической в постменопаузе;
- д) ложной при синдроме Шерешевского – Тернера.

028. Аменорея может сопутствовать:

- а) похуданию;
- б) ожирению;
- в) шизофрении;
- г) синдрому Иценко – Кушинга;
- д) синдрому склерокистозных яичников.

029. Обследование по поводу аменореи включает:

- а) рентгенографию черепа;
- б) электроэнцефалографию;
- в) определение пролактина;
- г) исследование цветных полей зрения, оценку остроты зрения;
- д) ультразвуковое исследование малого таза и надпочечников.

030. У больной, 45 лет, имеются рецидивирующие кровотечения в течение одного года. Ей следует назначить:

- а) раздельное диагностическое выскабливание матки;
- б) оперативное лечение;
- в) гормональное лечение;
- г) симптоматическое лечение.

031. Предменструальный синдром относят к легкой форме:

- а) при наличии 3-4 симптомов за 2-10 дней до менструации;
- б) при значительной выраженности 1-2 симптомов;
- в) при наличии 5-12 симптомов за 3-14 дней до менструации;
- г) при значительной выраженности 2-5 симптомов.

032. Комплексная терапия больных с предменструальным синдромом включает:

- а) нейролептические средства;
- б) диуретические средства;
- в) витамины;
- г) гормональные средства;
- д) оперативное лечение.

033. При предменструальном синдроме целесообразно назначение:

- а) прогестерона 1 % - 1 мл за 8 дней до менструации в течение 6 дней;
- б) прогестерона 2,5% - 1 мл за 3 дня до менструации;
- в) эстрогенов по 5 000-10 000 ЕД - для женщин до 40 лет;
- г) гестагенов в сочетании с андрогенами для женщин старше 40 лет.

034. Самопроизвольный аборт - это прерывание беременности:

- а) до 28 недель;
- б) до 14 недель;
- в) до 20 недель;
- г) до 30 недель.

035. Преждевременные роды - это роды в период:

- а) от 28 до 38 недель;
- б) от 26 до 36 недель;
- в) от 28 до 34 недель;
- г) от 30 до 40 недель.

036. Причинами угрожающего аборта могут быть:

- а) нейроэндокринные расстройства;
- б) генитальный инфантилизм;
- в) последствия искусственного аборта;
- г) иммунологическая несовместимость;
- д) хромосомные и генные заболевания матери.

037. Симптомами угрожающего аборта могут быть:

- а) схваткообразные боли;
- б) обильное кровотечение;
- в) мажущие темно-кровянистые выделения;
- г) гнойные выделения;
- д) пенистые выделения.

038. Причинами угрожающего аборта могут быть:

- а) пороки развития плодного яйца и трофобласта;
- б) неполноценность шейки матки и ее внутреннего зева;
- в) поздние токсикозы беременности;
- г) миома матки;
- д) резус-несовместимость крови плода и матери.

039. При угрозе прерывания беременности диагностическое значение имеет определение:

- а) содержания стероидных гормонов желтого тела яичника и плаценты;
- б) хорионического гонадотропина;
- в) тестостерона;
- г) 17-кетостероидов.

040. Для снижения тонуса и сократительной активности матки применяются:

- а) папаверина гидрохлорид;
- б) но-шпа;
- в) сернокислая магнезия;
- г) хлористый кальций;
- д) физиотерапия.

041. В комплексное лечение привычного выкидыша включается:

- а) иммунодепрессивная терапия;
- б) десенсибилизирующая терапия;
- в) синтетические прогестины - ригевидон с первых недель беременности;
- г) токолитики.

042. При угрозе прерывания беременности нельзя использовать:

- а) бета-миметики;
- б) простагландины;
- в) препараты кальция;
- г) ингибиторы простагландинов.

043. Беременность нецелесообразно пролонгировать при начавшихся преждевременных родах в сроке (недель):

- а) 32;
- б) 34;

в) 30;

г) 28.

044. При преждевременном отхождении околоплодных вод при сроке беременности 34 недели необходимо:

а) ожидать развития спонтанной родовой деятельности;

б) произвести родовозбуждение в течение 12-24 часов;

в) произвести операцию кесарева сечения;

г) начать профилактику внутриутробной инфекции.

045. Еженедельная прибавка массы во второй половине беременности не должна превышать (г):

а) 100-150;

б) 150-200;

в) 200-300;

г) 300-400;

д) 400-500.

046. К часто встречающимся формам раннего токсикоза относятся:

а) отеки беременных, гипертония беременных;

б) птолизм, рвота беременных;

в) гипертония беременных, преэклампсия;

г) дерматозы, хорея беременных;

д) острая желтая атрофия печени, рвота беременных.

047. Основные принципы лечения раннего токсикоза заключаются:

а) в воздействии на ЦНС, коррекции нарушений водного и электролитного баланса, нормализации КОС, лечении сопутствующих заболеваний;

б) в воздействии на ЦНС, устранении генерализованного сосудистого спазма и расстройств гемодинамики;

в) в коррекции водно-электролитного обмена, выведении интерстициальной жидкости;

г) в общеукрепляющей терапии, улучшении маточно - плацентарного кровообращения, кардиальной терапии.

048. Для магниальной терапии поздних гестозов используется раствор сульфата магния в концентрации:

а) 10%;

б) 20%;

в) 25%;

г) 24%

д) 15%

049. Методика проведения магниальной терапии по схеме Д.П.Бровкина включает

а) 4 внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния через 12 часов;

б) 2 внутримышечных инъекции по 20 мл 25% сульфата магния через 6 часов;

в) 4 внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния, 3 из них через 4 часа и четвертая - через 6 часов;

г) 4 внутримышечные инъекции по 10 мл 25% сульфата магния, 3 из них через 4 часа и четвертая - через 6 часов;

д) 3 внутримышечные инъекции по 10 мл 25% сульфата магния через 3 часа.

050. Общая доза сухого вещества магния сульфата, вводимая в течение одного курса магниальной терапии по Д.П.Бровкину составляет (г):

а) 6;

б) 12;

в) 24;

г) 48;

д) 72.

051. Выбор дозы сульфата магния для внутривенного введения при лечении позднего токсикоза зависит:

а) от массы тела женщины и величины артериального давления;

б) от срока беременности;

в) от массы плода;

г) от состояния плода;

д) от степени зрелости плаценты.

052. В настоящее время внутривенное введение сульфата магния при лечении позднего токсикоза:

а) не используется;

б) применяется в дозе 24 мл 20% раствора, струйно;

в) применяется капельно в 200 мл 5% раствора глюкозы;

г) проводится в одинаковой дозе без учета массы тела;

д) проводится в дозе, не зависящей от величины артериального давления.

053. Эуфиллин при лечении беременных с тяжелыми формами позднего токсикоза применяется в дозе:

- а) по 1 мл 24% раствора внутримышечно 1-2 раза в день;
- б) по 10 мл 24% раствора внутривенно 1-2 раза в день;
- в) по 1 мл 2,4% раствора внутримышечно 3-4 раза в день;
- г) по 10 мл 2,4% раствора внутривенно 1-2 раза в день;
- д) по 0,15г 3-4 раза в день, внутрь.

054. Препарат сибгетин в лечении беременных с поздним токсикозом используется для:

- а) борьбы с генерализованным сосудистым спазмом;
- б) профилактики и лечения гипоксии плода;
- в) регуляции сократительной деятельности матки;
- г) снижения артериального давления;
- д) улучшения кровотока в почках.

055. Ацетонурия характерна для:

- а) преэклампсии;
- б) отеков беременных;
- в) рвоты беременных;
- г) нефропатии беременных;
- д) дерматозов беременных.

056. Укажите симптомы, не характерные для эклампсии:

- а) отеки;
- б) альбуминурия, олигурия;
- в) артериальная гипертензия;
- г) судорожные припадки;
- д) гектическая лихорадка.

057. Дифференциальный диагноз эклампсии следует проводить:

- а) с эпилепсией;
- б) с уремией;
- в) с менингоэнцефалитом;
- г) с опухолью головного мозга.

058. Стойкие очаговые неврологические симптомы после прекращения экламптического припадка, сопровождающиеся длительным нарушением сознания, в первую очередь заставляют заподозрить:

- а) присоединение менингоэнцефалита;
- б) развитие геморрагического инсульта;
- в) наличие опухоли головного мозга.

059. При экламптическом припадке противопоказан:

- а) эуфиллин;
- б) сомбревин;
- в) лазикс;
- г) альбумин.

060. Какие из перечисленных свойств сомбревина определяют противопоказания к его применению для лечения эклампсии:

- а) усиливает судороги;
- б) вызывает электролитные нарушения;
- в) повышает артериальное давление;
- г) способствует возникновению геморрагического инсульта.

061. Преэклампсия:

- а) может осложняться преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты;
- б) обычно не отражается на состоянии плода;
- в) требует комплексной многокомпонентной терапии;
- г) при неэффективности проводимой терапии требует родоразрешения в ближайшие 2 недели;
- д) является абсолютным показанием к кесареву сечению.

062. Припадок эклампсии:

- а) может осложняться кровоизлиянием в головной мозг;
- б) обычно длится около 10-15 мин;
- в) начинается с клонических судорог;
- г) обычно не сопровождается нарушением дыхания;
- д) характеризуется кратковременной утратой сознания и полным его восстановлением сразу по окончании

приступа судорог.

063. При наличии лактационного мастита необходимо:

- а) произвести бактериологическое исследование молока;
- б) провести опорожнение молочных желез;
- в) назначить антибактериальные препараты;
- г) применить УВЧ.

064. Для патологического лактостаза характерно:

- а) равномерное и болезненное нагрубание молочных желез;
- б) инфильтрат в одной молочной железе;
- в) отечность и гиперемия отдельных участков железы;
- г) трещины сосков.

065. Факторами риска по развитию трещин сосков являются:

- а) втянутый сосок;
- б) недоразвитие соска;
- в) недостаточный гигиенический уход за сосками при кормлении;
- г) гиперпигментация сосков.

066. Для лечения трещин сосков следует рекомендовать:

- а) антибактериальную терапию;
- б) местное применение антисептических и дубящих лекарственных средств;
- в) прекращение кормления;
- г) подавление лактации;
- д) УФО и дарсонвализацию.

067. Послеродовый мастит:

- а) развивается при инфицировании сосков во время кормления ребенка;
- б) рассматривается как заболевание, обусловленное госпитальной инфекцией;
- в) чаще встречается у повторнородящих;
- г) развивается вследствие гематогенного распространения инфекции.

068. Послеродовый мастит:

- а) обычно вызывается золотистым стафилококком;
- б) чаще является вторичным процессом;
- в) чаще характеризуется подострым «вялым» началом;
- г) в большинстве случаев бывает двусторонним.

069. Профилактика послеродового мастита:

- а) начинается в раннем послеродовом периоде;
- б) включает обработку сосков 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого;
- в) включает прививки стафилококкового анатоксина в первые 24 часа после родов;
- г) должна включать назначение внутримышечных инъекций полиглобулина;
- д) включает УФО сосков и ареол.

070. Типичная клиническая картина серозного мастита характеризуется:

- а) острым началом;
- б) развитием заболевания на 6-8-й неделе послеродового периода;
- в) общей слабостью, недомоганием, головной болью;
- г) увеличением пораженной молочной железы;
- д) болью в молочной железе.

071. Лактационный мастит:

- а) обычно развивается на 2-3-й неделе послеродового периода;
- б) на первой стадии развития требует только симптоматической терапии;
- в) в серозной стадии диагностируется редко;
- г) обычно является следствием генерализованной послеродовой инфекции.

072. Инфильтративная форма лактационного мастита:

- а) формируется из серозной в течение 2-3 недель;
- б) диагностируется при обнаружении увеличения железы;
- в) характеризуется только местными проявлениями;
- г) является показанием к хирургическому лечению;
- д) часто развивается в результате неадекватной терапии серозного мастита.

073. Показаниями для подавления лактации являются:

- а) гангренозная форма мастита;
- б) любая форма мастита с рецидивирующим течением;

- в) инфильтративная форма мастита;
- г) абсцедирующая форма мастита;
- д) стремительное прогрессирование мастита.

074. Оптимальным средством для подавления лактации при абсцедирующем мастите является:

- а) верошпирон;
- б) бромкамфора;
- в) парлодел;
- г) синестрол;
- д) прогестерон.

075. С целью уменьшения секреции молока при лактационном мастите можно использовать:

- а) аппликации пузыря со льдом;
- б) фуросемид по 40 мг внутрь ежедневно в течение 2-3 дней;
- в) эндоназальный электрофорез пиридоксина;
- г) парлодел по 2,5 мг внутрь два раза в день в течение 3 суток;
- д) солевые слабительные.

076. С целью повышения неспецифических защитных механизмов больной маститом рекомендуется применение:

- а) антистафилококкового гамма-глобулина;
- б) пентоксила;
- в) калия оротата;
- г) парладела;
- д) продигозана.

077. Для лечения трещин сосков применяется:

- а) мазь календулы;
- б) 1%-ный спиртовой раствор бриллиантового зеленого;
- в) ультрафиолетовое облучение сосков и ареол по две биодозы ежедневно в течение 2-3 дней;
- г) временный отказ от кормления больной грудью;
- д) масляный раствор эстрадиола дипропионата.

078. При лечении лактационных маститов рекомендуется использовать

- а) бензилпенициллин;
- б) стрептомицин;
- в) цефалоспорины;
- г) метициллин.

Ответы к тестовому контролю

1-В	11-г	21-д	31-а,б	41-а,б,г	51-А	61-а,в	71-а
2- Б,В,Г,Д	12-б,в,д	22-б,в	32- а,б,в,г	42-б,в	52-в	62-а	72-б,д
3- а,б,г,д	13-б	23-а,б,д	33-а,в,г	43-б	53-г	63-б	73- а,в,г,д
4-а,д	14-а,б	24-б,в	34-а	44-б,г	54-б	64-а	74-а
5-а,б	15-в,г,д	25-а	35-а	45-г	55-в	65- а,б,в	75-в
6-а,в	16-а	26- а,б,в,г,д	36- а,б,в,г,д	46-б	56-д	66-а,б,г	76- а,б,в,д
7-г	17-а,г	27-а,в,г	37-а,в	47-а	57- а,б,в,г	67-а	77- а,б,в,г
8-а	18- а,б,в,г,д	28- а,б,в,г,д	38- а,б,в,г,д	48-в	58-б	68- а,б,в	78-в,г
9-а,б,в	19-а,в,д	29- а,б,в,г,д	39- а,б,в,г	49-в	59-б	69-б,д	
10-г,д	20- а,б,в,г,д	30-а	40- а,б,в,д	50-в	60-а,в,г	70-а,б	

4) Решить ситуационные задачи.

Задача 1. Больная, 20 лет, заболела остро, с повышением температуры до 38,4°C. Начало заболевания совпало с началом месячных. Беспокоят резкие боли внизу живота.

При специальном осмотре обращает на себя внимание резкая болезненность придатков с обеих сторон, матка нормальной величины, инфильтратов нет.

Наиболее вероятно, что у больной:

- а) острое воспаление придатков матки;
- б) острый аппендицит;
- в) разрыв кисты яичника;
- г) острое воспаление придатков гонорейной этиологии.

Задача 2. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на увеличение массы тела на 18кг, редкие месячные. Данные симптомы развились после родов. Менструальная функция до родов носила нормальный характер. Роды 2 года назад протекали на фоне преэклампсии, осложнились массивным кровотечением. Объективно: ожирение III степени, лунообразная форма лица, незначительный гирсутизм, артериальное давление - 150/90 мм рт. ст.

При влагалищном исследовании патологии не выявлено.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) послеродовой эндокринный синдром;
- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера.

Задача 3. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, легкую утомляемость, похудание, отсутствие месячных в течение года. Роды 2 года назад с кровопотерей более 2 литров.

Объективно: астеническое телосложение, артериальное давление - 90/60 мм рт. ст.

При влагалищном исследовании обращает на себя внимание выраженная сухость слизистой влагалища, матка меньше нормы.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) синдром Иценко – Кушинга;
- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера;
- г) синдром Киари – Фроммеля.

Задача 4. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на отсутствие месячных в течение 8 месяцев. Роды 6 лет назад без особенностей.

Объективно: галакторея, нерезко выраженная акромегалия и гирсутизм.

При влагалищном исследовании патологии не обнаружено.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) синдром Иценко – Кушинга;
- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера;
- г) опухоль гипофиза.

Задача 5. Пациентка, 25 лет, обратилась к семейному врачу с жалобами на раздражительность, агрессивность, тошноту, головокружение, болезненное нагрубание молочных желез, зуд в области промежности, повышение температуры тела, снижение зрения, одышку. Данные жалобы возникают за 2-14 дней до менструации и исчезают после окончания менструации.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) эндометриоз;
- б) альгодисменорея;
- в) предменструальный синдром;
- г) тиреотоксикоз.

Задача 6. У роженицы на 6-й день послеродового периода наблюдается повышение температуры тела до 38°C, озноб, болезненность при пальпации молочных желез. Описанная клиническая картина характерна:

- а) для нагрубания молочных желез;
- б) для серозного мастита;
- в) для абсцесса молочной железы;
- г) для трещин соска.

Задача 7. Роженица предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 39°C на пятые сутки после

родов.

Объективно: гиперемия верхненаружного квадранта левой молочной железы, там же плотный инфильтрат 5х6 см, болезненный при пальпации, на левом соске - трещина, правая молочная железа без особенностей.

В описанной ситуации наиболее вероятен диагноз:

- а) лактационный серозный мастит;
- б) трещина сосков;
- в) опухоль молочной железы;
- г) абсцесс молочной железы.

Задача 8. У роженицы на 5-й день после родов был обнаружен лактационный мастит. Через 3 дня, несмотря на проводимую антибактериальную терапию, вновь повысилась температура, появился озноб, продолжают беспокоить боли в молочной железе.

Объективно: имеется инфильтрат в верхненаружном квадранте левой молочной железы, в центре которого определяется размягчение.

Каковы основные принципы лечения заболевания на данном этапе?

Ответы на задачи

Задача 1. а) острое воспаление придатков гонорейной этиологии.

Задача 2. а) послеродовой эндокринный синдром.

Задача 3. б) синдром Шихена.

Задача 4. г) опухоль гипофиза.

Задача 5. в) предменструальный синдром.

Задача 6. б) для серозного мастита.

Задача 7. г) абсцесс молочной железы.

Задача 8.

- а) изменение антибактериальной терапии
- б) дезинтоксикационная терапия
- в) применение физиотерапии
- г) хирургическое вмешательство.

Рекомендуемая литература:

Основная:

20. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

21. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.

Дополнительная:

23. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

РАЗДЕЛ «Болезни детей и подростков в ОВП»

Подраздел 1. «Здоровье детей»

Тема 1.1:

1. «Наблюдение за здоровым ребенком по годам».

Цель: к концу обучения раздела «Здоровье детей» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, чтобы эффективно оказывать соответствующую помощь детям, уметь вести здорового ребенка в условиях ОВП.

Задачи:

1. Знать особенности нормальной психофизиологии детей.
2. Уметь проводить полное клиническое обследование, комплексную оценку состояния здоровья детей в условиях ОВП.
3. Проводить основные профилактические мероприятия состояний/заболеваний наиболее часто встречающиеся у детей, включая иммунизацию
5. Знать особенности психо-социального развития детей и основные факторы, влияющие на их поведение.
6. Уметь устанавливать эффективные взаимоотношения с детьми и их родителями в условиях ОВП
7. Уметь организовать помощь детям наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

Обучающийся должен знать:

1. Медико-социальные и юридические основы охраны материнства и детства, включая права ребенка
2. Наблюдение за здоровым ребенком по годам:
 - 2.1. Оценка физического развития
 - 2.2. Оценка полового созревания
 - 2.3. Оценка психомоторного развития
 - 2.4. Комплексную оценку состояния здоровья детей
 - 2.5. Группы здоровья детей
 - 2.6. “Нормальные кризисы” в жизни ребенка: отнимание от груди, привычка обучаться, отделение от матери, начало занятий в детском дошкольном учреждении и школе
3. Помощь детям разных возрастных периодов
 - 3.1. Неонатальный период (период новорожденности)
 - 3.1.1. Физиологию периода новорожденности
 - 3.1.2. Осмотр при рождении
 - 3.1.3. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар
 - 3.1.4. Первый туалет новорожденного
 - 3.1.5. Транзиторные/пограничные изменения
 - 3.1.6. Недоношенные и дети с малым весом
 - 3.1.7. Уход за новорожденным
 - 3.1.7.1. Температурный режим
 - 3.1.7.2. Вскармливание естественное и искусственное
 - 3.1.7.2.1. доношенного новорожденного
 - 3.1.7.2.2. недоношенного новорожденного
 - 3.1.7.2.3. при затруднениях со стороны матери
 - 3.1.8. Профилактические мероприятия у новорожденных
 - 3.1.8.1. Профилактика гонобленнореи у новорожденных
 - 3.1.8.2. Вакцинация против гепатита В
 - 3.1.8.3. Противотуберкулезная вакцинация БЦЖ
 - 3.2. Ребенок первого года жизни
 - 3.2.1. Уход
 - 3.2.2. Вскармливание естественное и искусственное
 - 3.2.2.1. Составление меню здорового ребенка
 - 3.2.2.2. Составление меню и особенности вскармливания при различных заболеваниях (рахите, диатезе, простой диспепсии)
 - 3.2.3. Основные симптомы, синдромы и болезни
 - 3.2.3.1. Метеоризм и кишечная колика

- 3.2.3.2. Диарея
- 3.2.3.3. Изменения кожи
 - 3.2.3.3.1. Потница и опрелости
 - 3.2.3.3.2. Везикулы, пустулы
- 3.2.3.4. Дистрофии (гипотрофия и паратрофия)
- 3.2.3.5. Кандидоз полости рта
- 3.3. Ребенок старше 1-го года жизни, включая ранний (преддошкольный возраст), дошкольный возраст, младший школьный возраст
 - 3.3.1. Физическое, интеллектуальное, эмоциональное и социальное развитие в различных возрастных периодах.
 - 3.3.2. Продвижение здоровья и профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний у детей
 - 3.3.2.1. Образ жизни (рациональное питание, личная гигиена, физическая активность, распорядок дня),
 - 3.3.2.2. Факторы риска
 - 3.3.2.3. Экология
 - 3.3.2.4. Скрининг
 - 3.3.2.5. Иммунизация по национальному календарю прививок
 - 3.3.2.6. Профилактика травм и несчастных случаев
 - 3.3.2.6.1. Травм, связанных с автотранспортными средствами и другими, например, коньки, роликовые доски и т.д.
 - 3.3.2.6.2. Отравление
 - 3.3.2.6.3. Утопление
 - 3.3.2.6.4. Ожоги
 - 3.3.2.7. Токсикоманий и наркоманий
 - 3.3.2.8. Диспансеризация
 - 3.3.3. Психическое здоровье
 - 3.3.3.1. Пищевые нарушения
 - 3.3.3.2. Нарушения сна
 - 3.3.3.3. Нарушения настроения
 - 3.3.3.4. Нарушения поведения, включая гиперактивное/ импульсивное и невнимательное поведение
 - 3.3.3.5. Нарушения нормального умственного и психоэмоционального развития
 - 3.3.3.6. Нарушения обучения
 - 3.3.4. Психосоциальные проблемы
 - 3.3.4.1. Жестокое обращение с детьми
 - 3.3.4.2. Проблемы общения со сверстниками
 - 3.3.4.3. Изменение структуры семьи (развод, смерть родителей и других членов семьи)
 - 3.3.4.4. Воспитание ребенка в семье и психологические проблемы (принятие ребенка в семье, неблагополучные семьи, семья с одним родителем и др.)
 - 3.3.4.5. Изменения в семье, имеющей больного ребенка
 - 3.3.4.6. Проблемы/фобии, связанные с детскими дошкольными учреждениями и школой
 - 3.3.4.7. Роль и права опекунов

Обучающийся должен уметь:

врач должен иметь необходимые навыки, чтобы применить свои знания при ведении здоровых и больных детей и решения их проблем. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Историей болезни ребенка периода новорожденности и детского возраста:

1. Особенности сбора анамнеза, жалоб и клинического осмотра ребенка
Лабораторными исследованиями:
1. *Взятием и приготовлением мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования*
 - 1.1. крови, мочи, кала, мокроты
 - 1.2. содержимого ран
 - 1.3. с кожных элементов
 - 1.4. со слизистой оболочки носа, глотки
 - 1.5. с конъюнктивы
2. Забором кала на яйца и личинки гельминтов
3. Соскобом анального отверстия
4. Интерпретацией данных лабораторных исследований, включая микробиологические
5. Интерпретацией данных лабораторных исследований пота на хлориды
Методами диагностики, процедуры/манипуляции:
1. Оценкой состояния новорожденного по Апгар
2. Первым туалетом новорожденного
3. Обработкой пупочной ранки
4. Профилактикой гонобленнореи у новорожденного
5. Уходом за новорожденным
6. Вскармливанием доношенного новорожденного
7. Вскармливанием недоношенного новорожденного
8. Прикладыванием ребенка к груди
9. Вскармливанием новорожденного при затруднениях со стороны матери
10. Расчетом количества молока для доношенного и недоношенного новорожденного
11. Выхаживанием недоношенного ребенка
12. Исследованием положения новорожденного, включая положение головы
13. Составлением меню здорового ребенка 1-го года жизни
14. Составлением меню и особенности вскармливания при рахите, диатезе, простой диспепсии
15. Измерением артериального давления у детей
16. Методами определения физического и функционального развития ребенка
 - 16.1. Измерением массы и длины тела
 - 16.2. Измерением окружности грудной клетки, головы, живота
 - 16.3. Определением степени развития подкожной жировой клетчатки, мускулатуры, развития костной системы
 - 16.4. Определением степени полового созревания и психомоторного развития
 - 16.5. Исследованием и оценка слуха и зрения у детей
17. Выделением групп здоровья детей
18. Комплексной оценкой состояния здоровья ребенка
19. Промыванием желудка через желудочный и назогастральный зонд
20. Промыванием кишечника (очистительные клизмы)
21. Постановкой лечебных клизм
22. Регистрацией и анализ ЭКГ
23. Методикой снятия и анализ спирограмм
24. Пневмотахометрией
25. Пикфлоуметрией
26. Использованием ингаляторов и небулайзеров
27. Применением лекарственных средств у детей (per os, per rectum, в ингаляциях, наружно)
28. Методикой чтения рентгенограмм
29. Сердечно-легочной реанимацией ребенка периода новорожденности и детского возраста
Ведением детей после выписки из роддома/стационара:
Навыками консультации:
1. Обучением детей использованию ингалятора
2. Обучением детей использованию пикфлоуметра

3. Обучением детей и их родителей профилактике травматизма и несчастных случаев (отравлений, утоплений, поражений электрическим током и др.)
Профилактическими рекомендациями семье, имеющей ребенка от 0 до 14 лет:
- 2.
1. Уходом за новорожденным
2. Вскармливанием естественное и искусственное
3. Образом жизни (рациональное питание, личная гигиена, физическая активность, распорядок дня),
4. Иммунизацией
5. Воспитанием ребенка в семье
6. Подготовкой ребенка к детским дошкольным учреждениям и школе
7. Употреблением алкоголя, табакокурение, наркомании и токсикомании
8. Консультированием семьи, имеющего больного ребенка
9. Консультированием семьи по выполнению рекомендаций ВОП/СВ

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Рассмотреть особенности нормальной психофизиологии детей.
2. Обучение проведению полного клинического обследования, комплексной оценки состояния здоровья детей в условиях ОВП.
3. Рассмотреть основные профилактические мероприятия состояний/заболеваний наиболее часто встречающиеся у детей, включая иммунизацию.
5. Знать особенности психо-социального развития детей и основные факторы, влияющие на их поведение.
6. Обучить устанавливать эффективные взаимоотношения с детьми и их родителями в условиях ОВП.
7. Обучить организовать помощь детям наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

2. Практическая работа.

1. Научиться пользоваться алгоритмом определения групп здоровья детей.
2. Закрепить умение изобразить генеалогическое дерево (выполнение ситуационного задания).
3. Техника антропометрии у детей (использование детского манекена).
4. Оценка осанки.
5. Определение точного возраста ребёнка.
6. Разбор центильного метода определения ФР. Отработка практического навыка оценки ФР с использованием ситуационных задач по ФР.
7. Закрепить умение оценки ПР с использованием стандартов по Максимовой (выполнение ситуационных заданий).
8. Отработка практического навыка определения групп НПР у детей раннего возраста с последующими рекомендациями (решение ситуационных задач).
10. Проведение комплексной оценки состояния здоровья детей на примере разбора клинических ситуационных задач.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1. Оценка анамнеза.
2. Оценка ФР.
3. Оценка НПР.
4. Оценка резистентности.
5. Оценка функционального состояния организма (по данным объективного осмотра).
6. Наличие или отсутствие ВПР и хронических заболеваний.
7. Общее заключение по комплексной оценке.
8. Лечение и рекомендации.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Мальчик 3 месяца.
АНТРОПОМЕТРИЯ:

Масса = 4400 г.

Длина тела = 52 см.

Окружность груди = 32 см.

Мама обратилась к семейному врачу с жалобами на плохую прибавку в массе тела, беспокойство ребёнка – особенно в период пеленания, плаксивость, плохой сон, вздрагивания во сне, повышенную потливость – особенно во время сна и сосания, в последнее время на подушке стала обнаруживать мокрое пятно, пот имеет кислый запах.

ИЗ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ: Мальчик от первой беременности (поздний токсикоз), беременность протекала в осенне–зимний период (антенатальная профилактика рахита не проводилась), ребёнок родился недоношенным с массой 2500 г. С рождения до 2-х месяцев находился на естественном вскармливании. С 2-х месяцев переведён на смешанное питание (получает смесь “Нан 1”). Количество докорма в суточном рационе 1/2. В 2 месяца переболел ОРЗ.

ОБЪЕКТИВНО: Кожные покровы бледные, влажные. При осмотре головы: облысение затылка, большой родничок размером 3х3см, при пальпации роднички и швы пружинят под пальцами, затылок плоско – скошенной формы. При пальпации грудной клетки выявляются рахитические чётки. Мышечный тонус снижен. Во время осмотра мальчик несколько заторможен, малоактивен, снижен эмоциональный тонус. Фиксирует взгляд на яркие предметы, поворачивает голову на громкий звук, улыбается близким, хорошо держит голову. Случайно наталкивается руками на игрушки, низко висящие над грудью. Произносит отдельные звуки.

Задание: дать комплексную оценку здоровья ребёнка и рекомендации.

Пример ответа:

1. Оценка анамнеза.

Факторы риска по развитию заболевания:

- 1) беременность в осенне–зимний период;
- 2) не было антенатальной профилактики рахита;
- 3) поздний токсикоз;
- 4) недоношенность.

Заключение по анамнезу: выраженная отягощённость биологического анамнеза.

Группа риска по заболеваниям – III.

Группа риска по прививкам – III (недостаточная прибавка массы тела).

2. Оценка ФР.

Масса – 1 кор. (4400 г) – обл. очень низких величин.

Длина – 1 кор. (52 см) – обл. очень низких величин.

Окружность груди – 1 кор. (32 см) – область очень низких величин.

Заключение по ФР: микросоматотип, развитие гармоничное.

3. Оценка НПР.

Аз 3 мес.

Ас 3 мес.

Э 2 мес.

До 3 мес.

Др 3 мес.

Ра 3 мес.

Заключение по НПР: II группа, I степень, гармоничная задержка.

4. Оценка резистентности.

Юрз = 0,33.

Заключение: резистентность организма снижена.

5. Оценка функционального состояния организма (по данным объективного осмотра).

Заключение: функциональное состояние организма ухудшенное.

6. Наличие или отсутствие ВПР и хронических заболеваний.

Заключение: ВПР нет

7. Общее заключение по комплексной оценке: Рахит. Период разгара. II степень тяжести. Острое течение. Гипотрофия I степени. Гр. риска по заболеваниям III. Гр. риска по прививкам III. Микросоматотип, развитие гармоничное. НПР: II группа, I степень. Резистентность снижена. Гр. здоровья IIБ.

8. Лечение и рекомендации.

- 1) Режим № 2.

2) Борьба за естественное вскармливание (с дальнейшим своевременным введением прикормов). Смешанное вскармливание. Количество докорма в суточном рационе 1/2. 6-разовое питание, суточный объём питания = 730 мл, объём разовый = 120 мл (60 мл грудного молока + 60 мл смеси “Нан 1”).

Часы кормления: 6.00, 9.30, 13.00, 16.30, 20.00, 23.30.

Лечение гипогалактии у мамы:

- 1) чаще прикладывать ребёнка к груди;
- 2) никотиновая кислота (за 30 минут до еды) 0,05×3 раза в день.
- 3) после кормления обмывание молочных желёз и массаж 10 минут 2 раза в день.
- 4) за 15 – 30 минут до кормления чай с молоком;
- 5) продукты: гречка, грецкие орехи, икра, настой шиповника.

3) Медикаментозная коррекция:

- 1) Вигантол: по 5-6 капель в день в течение 30 дней. Затем по 1-2 капли в день ежедневно.
- 2) Цитратная смесь: по 1 чайной ложке в течение 10 дней.
- 3) Кальцид: по 1т. х 3 раза в день в течение 3-4 недель.
- 4) Элькар: по 14 капель 1 раз в сутки в течение 1 мес.
- 5) Витамин В₁ и В₂ по 0,001 × 2 раза в день в течение 2 недель.

4) Кратность осмотра педиатром и узкими специалистами:

Педиатр – 1 раз в месяц, в стадии разгара 1 раз в 2 недели.

Хирург, ортопед и другие специалисты по показаниям.

При осмотре обратить внимание:

- деформация костной системы;
- контроль ФР и НПР;
- состояние статики и моторики;
- сон и аппетит;
- разнообразие пищевого рациона;
- достаточное пребывание на свежем воздухе.

5) Контрольно-диагностические исследования:

ОАК 1 раз в 6 мес.; проба Сулковича на фоне лечения каждые 2 нед.; биохимия крови 1 раз в 6 мес. (Са, Р, ЩФ).

6) Физическое воздействие: гимнастический комплекс упражнений №9.

7) Воспитательное воздействие: чаще выкладывать ребёнка на живот на более длительное время; учить захватывать руками игрушку, низко висящую над грудью ребёнка.

8) Отношение к профпрививкам: профилактические прививки не противопоказаны, прививать с подготовкой с учётом гр. риска по прививкам III.

9) Длительность наблюдения: до 3-х лет.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача 1

Девочка 7 месяцев.

АНТРОПОМЕТРИЯ:

Масса = 6,8 кг.

Длина тела = 67 см.

Окружность грудной клетки = 45 см.

Мама обратилась к семейному врачу с жалобами ребёнка на раздражительность, плаксивость, иногда приводящие к отказу от пищи, прерывистый, беспокойный сон, повышенную потливость, облысение затылка, искривление конечностей, данные жалобы с 3-х месяцев.

ИЗ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ: Девочка от второй беременности (ранний токсикоз, во второй половине беременности перенесла пиелонефрит, у мамы диагноз: хронический гепатит. Антенатальная профилактика рахита не проводилась. Девочка родилась с массой 3 кг. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании.

ОБЪЕКТИВНО: Кожные покровы бледные, влажные. При осмотре: увеличены лобные бугры, формируется плоско скошенный затылок.

При пальпации костей черепа выявляется остеомаляция, большой родничок размером 2 * 3 см.

При осмотре лицевого скелета: задержка в прорезывании зубов. Со стороны грудной клетки выявлены рахитические чётки, грудь “сапожника”.

При осмотре верхних конечностей: пальпируются “браслеты” и “нити жемчуга”.

На нижних конечностях кольцеобразное искривление голени. Тонус мышц сильно снижен. В период осмотра девочка беспокойна, эмоционально лабильна. Переворачивается со спины на живот, сидит с

поддержкой. Удерживает в руке игрушку. Лепечет. На вопрос “где?” ищет и находит взглядом предмет, постоянно находящийся в определённом месте. Пьёт из чашки, которую держит взрослый.

Контрольные вопросы

1. Дать комплексную оценку здоровья ребёнка и рекомендации.

Задача 2

Мальчик 2 месяца.

АНТРОПОМЕТРИЯ:

Масса = 4600 г.

Длина тела = 57 см.

Окружность груди = 35 см.

Мама обратилась к участковому педиатру с жалобами на вялость ребёнка, адинамию, плаксивость, судорожные подёргивания, периодически срыгивания.

ИЗ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ: Ребёнок от 5-й беременности, 1-х родов. Возраст матери 38 лет. Работает на химическом заводе. Оперативные роды (кесарево сечение) вследствие патологии родовых путей (сужение таза). Ребёнок находится на естественном вскармливании.

ОБЪЕКТИВНО: При осмотре ребёнок умеренного питания, кожные покровы чистые, умеренно влажные, на нижних конечностях выражен венозный рисунок. Тонус мышц снижен. Имеется тремор подбородка и кистей рук. Большой родничок размером 2 * 3 см. Положительны рефлексы Бабинского, Хоботковой, сосательный, поисковый, Бабкина, хватательный. При проверке рефлекса автоматической походки наблюдается перекрест нижних конечностей.

При осмотре мальчик вялый, заторможен, не улыбается. Поворачивает голову на громкий звук. Фиксирует взгляд на свет. Голову держит плохо.

Контрольные вопросы

1. Дать комплексную оценку здоровья ребёнка и рекомендации.

Задача 3

Девочка 4,5 мес.

АНТРОПОМЕТРИЯ:

Масса = 6200 г.

Длина тела = 60 см.

Окружность груди = 38 см.

Мама обратилась к семейному врачу с жалобой на покраснение кожи щёк у ребёнка после дачи морковного сока, появление опрелостей особенно в кожных складках и за ушами.

ИЗ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ: Девочка от второй беременности, вторых родов. Со слов мамы в семье у папы аллергия на мёд, красные овощи и фрукты. Мама в период беременности имела погрешности в питании (употребляла излишнее количество мучного и сладкого, а также красные овощи и фрукты) Находится на естественном вскармливании.

ОБЪЕКТИВНО: Девочка умеренного питания, при осмотре активна. Кожные покровы бледно – розовые, имеются опрелости и потница, особенно выражена в кожных складках и за ушами. В области большого родничка и темени имеются гнойные корочки, на коже покраснение.

При осмотре девочка смеётся, отличает близких и чужих. Улыбается, когда к ней обращаются с речью. Хорошо переворачивается со спины на живот. Гулит. Поворачивает голову в сторону источника звука. Рассматривает, захватывает игрушку над ней.

Контрольные вопросы

1. Дать комплексную оценку здоровья ребёнка и рекомендации.

Задача 4

Девочке 6 лет с неотягощенным биологическим, акушерским и социальным анамнезом 8 дней назад сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребенком посетили цирк. На следующий день – температура поднялась до 37,6°C. появился кашель и заложенность носа. Семейный врач диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 4 день девочка выписана в детский сад.

На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до 38,5°C, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь.

При осмотре: умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На неизменном фоне кожи лица, туловища и конечностей – несливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте

введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. Зев гиперемирован, миндалины рыхлые, отечные с наложениями желтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов до 1,5 – 2 см. Физикально со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см, край эластичный, безболезненный. Стул 1 раз в день.

Контрольные вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените течение поствакцинального периода.
3. Есть ли необходимость подавать экстренное извещение в СЭС?
4. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании?
5. Назначьте лечение.
6. Какие реабилитационные мероприятия необходимо провести после выписки ребенка?
7. Перечислите возможные осложнения, возникающие после введения коревой вакцины?
8. Через какой срок после проведения вакцинации против кори можно водить другие вакцины?
9. Какие другие виды вакцин можно вводить ребенку одновременно с коревой?
10. Показана ли данному ребенку госпитализация?

Задача 5

Первичный патронаж к новорожденному ребенку. Дородовый патронаж не проводился, так как мама проживала по другому адресу.

Мальчику 8 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией средней степени тяжести. Беременность (первая) протекала с токсикозом 1 и 2 половины, нефропатия во 2-й половине. Из обменной карты № 113 известно, что ребенок от срочных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар – 5/8 баллов, масса при рождении – 3690 г, длина – 52 см. Иктеричность кожи на вторые сутки после рождения.

Группа крови матери и ребенка O(1), Rh +, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой – 280 мкмоль/л, прямой – 3,4 мкмоль/л. Проба Кумбса – отрицательная.

В роддоме проводилось лечение магнезией в/м, фенобарбиталом, бифидумбактерином, но-шпой, оксигенотерапией. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докармливался Энфамилом. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы 350 г.

Жалобы на недостаток молока, докармливает Энфамилом. При осмотре: ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка под геморрагической корочкой, сухая, чистая. Большой родничок 3,5х3,5 см, не выбухает. Малый родничок 1х1 см. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – звук ясный легочный, тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень +1,5 см, край эластичный, селезенка – у края реберной дуги. Стул разжиженный, 4 раза в сутки с небольшой примесью слизи. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

Контрольные вопросы

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите группу здоровья, группы риска по развитию заболеваний, группу риска по прививкам.
- 3) Определите тип адаптации.
- 4) Какие причины приводят к нарушению метаболизма билирубина в период новорожденности?
- 5) Каково происхождение желтухи в данном случае, дайте механизмы ее развития.
- 6) Имело ли смысл проводить фототерапию данному ребенку в роддоме? Какие показания к фототерапии Вы знаете?
- 7) Обозначьте показания определения билирубина в сыворотке крови в роддоме.
- 8) Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком на участке, дайте советы маме.
- 9) Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок ребенку.

Задача 6

Мать с мальчиком 5-и месяцев пришла на очередной профилактический приём к семейному врачу для решения вопроса о проведении вакцинации.

Ребёнок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г, длиной – 53 см. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 2-х месяцев, затем смесь “Агу”. Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина Д₂ с 2-х месяцев в течение 1,5-а месяцев нерегулярно. В 3-и месяца сделана 1 прививка АКДС + полиомиелит, реакции на

прививку не наблюдалась. В 4-е месяца на приём к врачу не явилась.

В течение последних 2-х месяцев мать обращает внимание на то, что ребёнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака.

При осмотре: масса тела 7200 г, длина – 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, заметна Гarrisонова борозда, пальпируются рёберные “четки”. Большой родничок 4*4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту. Живот большой, распланный, безболезненный. Печень + 2,5 см, селезёнка + 0,5 см. Стул кашицеобразный, 2 – 3 раза в день.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию.
3. Оцените физическое развитие ребёнка.
4. Что такое гиперплазия остеоидной ткани? В каком возрасте данный синдром является ведущим в клинике?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. Повышенная экскреция каких веществ с мочой типичны при данном заболевании?
7. Каков фосфорно – кальциевый обмен в норме и при данном заболевании?
8. Укажите возрастные сроки клинической манифестации почечного тубулярного ацидоза.
9. Какие дефекты ведения ребёнка имели место?
10. Можно ли проводить вакцинацию?
11. Что такое реакция Сулковича? Кратность её проведения при специфической профилактике и лечении данного заболевания.
12. Назначьте лечение. Выпишите рецепт.

Задача 7

Мать с ребёнком пришла к семейному врачу на плановый профилактический осмотр. Девочке 2 месяца 25 дней. На последнем приёме были в месячном возрасте. Ребёнок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится.

Родители здоровы. Беременность у матери первая, протекала с токсикозом II половины. При сроке 32-х недель перенесла бронхит. Роды в срок. Девочка закричала сразу. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 51 см. Из роддома выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребёнок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела – 4600 г, длина 57 см, окружность грудной клетки – 38 см. Температура тела 36,8°С. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно – жировой слой практически отсутствует на животе, истончён на конечностях. Слизистые оболочки чистые, зев спокоен. Дыхание – пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края рёберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, жёлтого цвета с кислым запахом.

При осмотре: ребёнок беспокоен, плачет. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите группу здоровья и направленность риска.
3. Критерии диагностики данной патологии.
4. Причины возникновения данного состояния.
5. Вычислите индекс Эрисмана, долженствующую массу тела.
6. Какие исследования необходимо провести ребёнку?
7. Соответствует ли психомоторное развитие возрасту ребёнка?
8. Назначьте лечение.
9. План профилактических мероприятий.
10. Какие врачи – специалисты должны осмотреть ребёнка?
11. Сформулируйте прогноз состояния здоровья ребёнка при отсутствии своевременной коррекции

патологии.

12. Оцените возможность проведения профилактических прививок в установленные сроки.

Задача 8

К семейному врачу на плановый профилактический приём пришла мать с девочкой 6-и месяцев.

Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением, курит. Ребёнок от II беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100 г, длина – 53 см. Искусственное вскармливание с 2-х месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь «Энфамил» 220 мл на приём, каша 180 – 200 г, фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3-х, 4-х, 5-и месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5-а месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом.

При осмотре состояние удовлетворительное. Масса тела 9400 г, длина – 67 см, окружность грудной клетки – 48 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит, берёт игрушку из рук взрослого, хорошо ест с ложки. Кожа и слизистые чистые. Питание повышено, отмечается пастозность и снижение тургора тканей. Большой родничок 1х1 см, не напряжён. Зубов нет. Со стороны опорно – двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул 2 – 3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

Контрольные вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Какие группы риска следует выделить у данного ребёнка?
3. Определите группу здоровья ребёнка, дайте обоснование.
4. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребёнка.
5. Вычислите индекс Эрисмана.
6. Причины развития данной патологии у детей.
7. Составьте рацион питания данному ребёнку.
8. Составьте план диспансерного наблюдения за ребёнком.
9. Нужно ли проводить профилактику рахита витамином Д?
10. Когда планируется следующая вакцинация?
11. Особенности функциональной активности нейроэндокринной системы у детей с данной патологией.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы ординаторов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Критерии оценки состояния здоровья детей.
 2. Физическое и нервно-психическое развитие детей.
 3. Питание детей первого года жизни.
 4. Оценка полового развития детей и подростков.
 5. Стигмы дизэмбриогенеза.
 6. Оценка резистентности организма.
 7. Группы здоровья, группы риска
 8. Иммунопрофилактика. Календарь профилактических прививок.
 9. Наблюдение ребенка в периоде новорожденности. Группы здоровья. Заболевания неонатального периода.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

1. Уровень резистентности организма ребенка определяется:
 - А) кратностью острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру;
 - Б) кратностью острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру;
 - В) тяжестью острых заболеваний;
 - Г) длительностью и тяжестью заболеваний;
 - Д) числом обострений хронических заболеваний.

2. Ребенка в возрасте 2-х лет можно считать часто болеющим, если:
- А) острые заболевания в течение второго года жизни отмечались 7 раз;
 - Б) обострения бронхиальной астмы наблюдались два раза в год и острые заболевания также два раза в год;
 - В) на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания три раза в течение 2-го года жизни;
 - Г) у него имеется хронический отит с обострениями 3 раза в год;
 - Д) острые респираторные заболевания отмечались 6 раз.
3. Специальные занятия гимнастикой и массаж здоровому ребенку необходимо проводить с:
- А) с рождения;
 - Б) не нужны;
 - В) с полутора месяцев;
 - Г) с 2-х месяцев;
 - Д) с 6 месяцев.
4. Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание средней тяжести можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через:
- А) 2 недели;
 - Б) 1 месяц;
 - В) 2 месяца;
 - Г) 3 месяца;
 - Д) 3,5 месяца.
5. Профилактические прививки после перенесенной инфекции мочевыводящих путей можно проводить при клинико-лабораторной нормализации через:
- А) 1 месяц;
 - Б) 3 месяца;
 - В) 6 месяцев;
 - Г) 12 месяцев;
 - Д) 18 месяцев.
6. Здоровый ребенок начинает поворачиваться со спины на живот и сидеть при поддержке за руку в возрасте:
- А) 4 -5 месяцев;
 - Б) 6 -7 месяцев;
 - В) 3 -4 месяцев;
 - Г) 5 -6 месяцев;
 - Д) 8-9 месяцев.
7. Потребность плода в железе значительно возрастает:
- А) с 12 недель;
 - Б) с 20 недель;
 - В) с 28 недель;
 - Г) с 36 недель;
 - Д) остается равномерной в течение всего периода беременности.
8. Первый «перекрест в формуле крови» у недоношенных детей происходит:
- А) на 4-й день жизни;
 - Б) на 5-й день жизни;
 - В) на 6-й день жизни;
 - Г) после 7-10 дня жизни;
 - Д) на 21 день жизни.
9. Пупочная ранка в норме полностью эпителизируется:
- А) к концу 1-й недели жизни;
 - Б) к концу 2-й недели жизни;
 - В) к концу 1-го месяца жизни;
 - Г) на 2-м месяце жизни;
 - Д) на 3 месяце жизни.
10. В углеводах грудного молока преобладает сахар:
- А) сахароза;
 - Б) мальтоза;
 - В) бета-лактоза;
 - Г) галактоза;
 - Д) глюкоза.

11. Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании способствуют:
- А) короткий пищевод;
 - Б) недостаточное развитие кардиального отдела желудка;
 - В) относительный гипертонус пилорического отдела желудка;
 - Г) все перечисленные;
 - Д) физиологический дефицит ферментов.
12. После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ-М в месте инъекции может появиться папула через:
- А) 1 неделю;
 - Б) 2-3 недели;
 - В) 4-6 недель;
 - Г) 2-3 месяца;
 - Д) 4-6 месяцев.
13. В зрелом женском молоке, по сравнению с молозивом выше содержание:
- А) белка;
 - Б) витаминов А и Е;
 - В) иммуноглобулина А;
 - Г) лактозы;
 - Д) галактозы.
14. Основная причина физиологической желтухи новорожденного:
- А) гемолиз;
 - Б) недостаточная глюкуронизация;
 - В) сгущение крови;
 - Г) холестаз;
 - Д) гипогликемия.
15. Ретролентальная фиброплазия недоношенных является следствием:
- А) охлаждение;
 - Б) недостаточного питания;
 - В) чрезмерной кислородотерапии;
 - Г) гипоксии;
 - Д) гипогликемии.
16. Гипербилирубинемия, не обусловленная иммунопатологическими причинами, чаще встречается:
- А) у зрелого новорожденного;
 - Б) недоношенного;
 - В) новорожденного с асфиксией;
 - Г) с пороком сердца;
 - Д) у переносенного ребенка.
17. Гипотрофия 1 ст. принято считать дефицит массы:
- А) до 3%;
 - Б) от 10 до 20%;
 - В) от 30 до 40%;
 - Г) от 40 до 50%;
 - Д) более 40%.
18. Развитию рахита при длительном применении способствует:
- А) фенобарбитал;
 - Б) папаверин;
 - В) пиридоксаль фосфат;
 - Г) пенициллин;
 - Д) глицин.
19. Витамин Д:
- А) увеличивает продукцию паратгормона;
 - Б) способствует всасыванию Са из желудочно-кишечного тракта;
 - В) блокирует канальцевую реабсорбцию Са;
 - Г) повышает уровень щелочной фосфатазы в крови;
 - Д) на указанные биологические эффекты витамин Д не влияет.
20. Для непереносимости фруктозы верны перечисленные положения, кроме:
- А) заболевание связано с дефектом энзима печени;

- Б) сопровождается гипергликемией;
 - В) введение фруктозы вызывает быстрое ухудшение состояния;
 - Г) больной отстает в психомоторном развитии;
 - Д) лечебный эффект от применения лечебных смесей, не содержащих фруктозу.
21. Развитию кариеса зубов способствует избыток в диете пищевых компонентов, содержащих много:
- А) кальция;
 - Б) сахара;
 - В) жидкости;
 - Г) поваренной соли;
 - Д) жиров.
22. Подвижность зубов, кровоточивость десен (пародонтальный синдром) могут быть при:
- А) нейтропении;
 - Б) респираторно-вирусном заболевании;
 - В) нефрите;
 - Г) "коллагенозах";
 - Д) системных заболеваниях соединительной ткани.
23. Вакцинация БЦЖ противопоказана:
- А) при врожденных ферментопатиях;
 - Б) при иммунодефицитных состояниях;
 - В) при наличии активного туберкулеза у других детей в семье;
 - Г) во всех указанных случаях;
 - Д) при агаммаглобулинемии Bruton.

Укажите все правильные ответы:

24. Профилактическая направленность при первом патронаже к новорождённому ребёнку заключается в:
- а) оценке биологического, генеалогического и социального анамнеза
 - б) оценке физиологического и нервно-психического развития и групп "риска"
 - в) оценке соматического состояния ребёнка и определении группы здоровья
 - г) составление плана наблюдения и рекомендаций
 - д) в назначении витамина D₃
25. При первом патронаже к новорождённому ребёнку семейный врач из обменной карты родильного дома (Ф – 113/у) получает сведения о проведении следующих профилактических прививок:
- а) против туберкулёза
 - б) против гепатита В
 - в) против полиомиелита
 - г) против коклюша
 - д) против краснухи
26. Какие скрининг-методы применяются для диагностики нарушений осанки и сколиоза:
- а) муаровая фотограмметрия
 - б) визуальный скрининг-тест
 - в) рентгенография позвоночника
 - г) осанкометрия
 - д) метод Штриттера
27. После перенесённого сепсиса новорождённый ребёнок нуждается в диспансерном наблюдении:
- а) после выписки из стационара – еженедельно
 - б) до 6 месяцев – 1 раз в месяц
 - в) анализ крови – в 1, 2, 6, 12 месяцев
 - г) анализ мочи – в 3, 12 месяцев
 - д) длительность наблюдения – до 1 года

Укажите один правильный ответ:

28. Детям с риском возникновения гнойно-воспалительных заболеваний и внутриутробных инфекций профилактические прививки при отсутствии признаков заболевания:

- а) показаны
- б) не показаны

29. Критерием снятия с диспансерного учёта детей группы риска по развитию анемии является:

- а) отсутствие снижения гемоглобина в течение 3 месяцев
- б) отсутствие снижения гемоглобина в течение 6 месяцев
- в) нормальный уровень гемоглобина в течение 1 года

№ 7. Укажите один правильный ответ:

30. Назовите эпикризные сроки для детей 1-го года жизни:

- а) интервал времени, который находится в пределах ± 15 дней от возраста, принятого за норму
- б) интервал времени, который находится в пределах ± 3 месяца от возраста, принятого за норму
- в) интервал времени, который находится в пределах ± 6 месяцев от возраста, принятого за норму

Укажите все правильные ответы:

31. Назовите сроки составления плана проведения профилактических прививок в поликлинике:

- а) на месяц
- б) на 6 месяцев
- в) на год

33. Назовите методы реабилитации, применяемые у детей – реконвалесцентов острого бронхита и пневмонии, с целью улучшения дренажной функции бронхов:

- а) вибрационный массаж
- б) дыхательная гимнастика
- в) лечебная физкультура
- г) галотерапия
- д) интервальная гипокситерапия

Укажите один правильный ответ:

33. Укажите сроки диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими ревматизм и другие заболевания соединительной ткани, при стойкой ремиссии и отсутствии поражений сердца:

- а) 1 год
- б) 2 года
- в) 3 года
- г) 5 лет
- д) 10 лет

34. Назовите сроки проведения профилактических прививок после проведения туберкулинодиагностики (постановки реакции Манту):

- а) через 1,5 месяца
- б) через 24 часа
- в) через 72 часа

35. Длительность диспансерного наблюдения за детьми с артериальной гипертензией составляет:

- а) 1 месяц
- б) 1 год;
- в) 3 года

г) 5 лет

36. Частота плановых осмотров семейным врачом больных детей бронхиальной астмой в течение года составляет:

- а) 1 раз в год
- б) 2 раза в год
- в) 4 раза в год
- г) 6 раз в год
- д) 1 раз в месяц

37. Назовите сроки диспансерного наблюдения за детьми с функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы:

- а) 6 месяцев
- б) 1 года
- в) 3 года
- г) 5 лет
- д) до передачи под наблюдение терапевта

38. Здоровому ребёнку в возрасте 12 месяцев проводятся следующие профилактические прививки:

- а) вакцинация против туберкулёза
- б) 4-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
- в) вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
- г) вакцинация против гепатита С

39. Проведение профилактических прививок детям, перенесшим острый пиелонефрит, возможно:

- а) через 2 – 3 месяца
- б) через 1 год
- в) через 1,5 года
- г) через 2 года

Укажите все правильные ответы:

40. При диспансеризации врождённые почечные заболевания выявляются:

- а) во время интеркуррентного заболевания
- б) через 1 – 2 недельный промежуток времени после вирусной или бактериальной инфекции
- в) случайно (при диспансеризации)
- г) после острого токсического воздействия
- д) как следствие гипервитаминоза D

41. При подозрении на синдром вегетативной дистонии, рекомендуется провести ребёнку следующие обследования:

- а) исследование исходного вегетативного статуса
- б) ЭКГ
- в) проведение клино-ортостатической пробы
- г) проведение кардиоинтервалографии
- д) реовазография

42. Критерии здоровья дошкольников включают:

- а) резистентность организма
- б) физическое развитие
- в) наличие хронического заболевания

- г) биологический возраст
- д) поведенческие реакции

43. При диспансерном наблюдении за детьми с хроническим пиелонефритом обязательны следующие обследования:

- а) общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко
- б) бактериологическое исследование мочи 1 раз в 3 месяца
- в) биохимический анализ крови
- г) клинический анализ крови 1 раз в 3 месяца
- д) ультразвуковое исследование почек 1 раз в 6 месяцев

44. А-тип

1. Вызов к мальчику 2-х лет с жалобами на повышение температуры до 37,3°C и припухлость около левого уха. Ребёнку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до неё переболел ОРВИ. Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребёнка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенесены нормально. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются.

Задание: Ваш диагноз?

- А. Серозный менингит.
- Б. Полиневрит.
- В. Нормальная реакция на прививку против эпидемического паротита. Увеличение околоушной железы слева.
- Г. Энцефалопатия.

2. Девочке 6 лет с неотягощенным биологическим, акушерским и социальным анамнезом 8 дней назад сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребенком посетили цирк. На следующий день – температура поднялась до 37,6°C. появился кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 4 день девочка выписана в детский сад. На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до 38,5°C, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь. При осмотре: умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На неизменном фоне кожи лица, туловища и конечностей – нессливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. Зев гиперемирован, миндалины рыхлые, отечные с наложениями желтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов до 1,5 – 2 см. Физикально со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см, край эластичный, безболезненный. Стул 1 раз в день.

Задание: Ваш диагноз?

- А. Необычная реакция на прививку против кори: аллергическая сыпь, лакунарная ангина.
- Б. Тромбоцитопеническая пурпура.
- В. Энцефалит.

Г. Обычная реакция на прививку против кори.

45. В-тип

1. К каждому пронумерованному состоянию резистентности организма подберите наиболее подходящий ответ, обозначенный буквой.

1. Частота острых заболеваний 0-3 раза в год (Io.з.= 0 - 0,32)	А) Низкая
2. Частота острых заболеваний 4-5 раз в год (Io.з. = 0,33 - 0,49)	Б) Высокая резистентность
3. Частота острых заболеваний 6-7 раз в год (Io.з. = 0,5 – 0,6)	В) Очень низкая
4. Частота острых заболеваний 8 и более раз в год (Io.з. = 0,67 и выше)	Г) Сниженная

46. R-тип

Тема: Вакцинопрофилактика в современных условиях.

Варианты ответов:

- А. Судорожная реакция на прививку АКДС.
- Б. Обычная поствакцинальная реакция на прививку АКДС.
- В. Аллергическая реакция на прививку ОПВ.
- Г. Энцефалическая реакция на прививку АКДС.

Вводный вопрос:

Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

Условие задания:

1. Девочке 4,5 месяцев с неотягощённым анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в “непрофессионализме”. При осмотре: температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк тканей диаметром 3 см.
2. У девочки 4,5 месяцев в ответ на АКДС-2 и ОПВ-2 на третьи сутки развилось беспокойство, потеря сознания на 6 часов, признаки повышения внутричерепного давления, гиперрефлексия, нарушение мышечного тонуса.
3. У ребёнка 6 месяцев на АКДС-3 и ОПВ-3 на второй день при температуре 37,3° развились клонические судороги длительностью 7 минут. До этого судорог не было.

Ответы к тестовому контролю

1-а	11-г	21-б	31-а,в	41- а, б, в, г
2-а	12-в	22-а	32- а, б, в, г	42- а, б, в
3-в	13-г	23-г	33-г	43- а, в, г, д
4-б	14-б	24-а,б,в,г	34-в	44- 1-в 2-а
5-а	15-в	25-а,б	35-в	45- 1-б 2-г 3-а 4-в
6-а	16-б	26-а,б,г	36-в	46- 1-б 2-г 3-а
7-в	17-б	27-а, б, в, г, д	37-а	
8-г	18-а	28-а	38-в	
9-б	19-б	29-в	39-а	
10-в	20-б	30-а	40- а, в	

Рекомендуемая литература:

Основная:

22. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.
23. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.
Дополнительная:
24. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

РАЗДЕЛ «Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП»

Раздел 1. «Инфекционные болезни в ОВП»

Тема 1.1:

1. «Факторы риска инфекционных и паразитарных заболеваний» .
2. «Инфекционные заболевания, наиболее часто встречающиеся в популяции и регионе в ОВП» .
3. «Особо опасные (карантинные) инфекции» .
4. «Паразитарные болезни основные инфекции, наиболее часто встречающиеся в популяции и в регионе» .
5. «Наиболее частые инфекции у больных со сниженным иммунитетом» .
6. «Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в ОВП» .

Цель: к концу обучения раздела «Инфекционные болезни в ОВП» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, необходимые для оказания первичной медицинской помощи пациентам с инфекционными и паразитарными заболеваниями в разные возрастные периоды в условиях ОВП.

Задачи:

1. Обучить проводить полное клиническое обследование пациентов с инфекционными и паразитарными заболеваниями в условиях ОВП.
2. Рассмотреть распространенность основных инфекционных и паразитарных заболеваний в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, обучить их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Обучить проводить профилактические и реабилитационные мероприятия при наиболее часто встречающихся инфекционных и паразитарных заболеваниях, выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Обучить устанавливать эффективные взаимоотношения с пациентами, имеющими инфекционные и паразитарные заболевания, и их семьями в условиях ОВП
5. Обучить организовывать помощь пациентам с инфекционными и паразитарными заболеваниями наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

1. Клиническую эпидемиологию инфекционных и паразитарных болезней
2. Факторы риска инфекционных и паразитарных заболеваний
 - 2.1. Питание
 - 2.2. Экологию
 - 2.3. Профессию
 - 2.5. Алкоголизм
 - 2.6. Хирургические манипуляции, введение внутривенных препаратов, включая препараты крови и наркотики
 - 2.7. Рискованное сексуальное поведение
3. Инфекционные и паразитарные заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП.
 - 3.1. Основные симптомы и синдромы
 - 3.1.1. Лихорадку неясного генеза
 - 3.1.2. Диарею
 - 3.1.3. Гепато-лиенальный синдром
 - 3.1.4. Желтуху
 - 3.1.5. Рвоту
 - 3.1.6. Боли в животе
 - 3.1.7. Печеночную недостаточность
 - 3.1.8. Экзантемы
 - 3.1.9. Сепсис
 - 3.2. Острые инфекции респираторного тракта
 - 3.2.1. вирусы
 - 3.2.2. микоплазму
 - 3.2.3. бактерии
 - 3.2.4. гемофильную палочку
 - 3.2.5. моракселла катаралис
 - 3.3. Кишечные инфекции, протекающие преимущественно с клиникой

- 3.3.1. Острый гастроэнтерит
 - 3.3.1.1. Бактериальной этиологии
 - 3.3.1.2. Вирусной этиологии
 - 3.3.1.3. Пищевые токсикоинфекции
 - 3.3.1.4. Сальмонеллез
- 3.3.2. С синдромом колита
 - 3.3.2.1. Шигеллез (дизентерия)
- 3.4. Инфекции с преимущественным поражением почек
 - 3.4.1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
- 3.5. Инфекции наружных кожных покровов
 - 3.5.1. Рожу
 - 3.5.2. Герпетическая инфекция
 - 3.5.2.1. Простой герпес
 - 3.5.2.2. Опоясывающий герпес
 - 3.5.3. Раневая инфекция
 - 3.5.3.1. Столбняк
 - 3.5.4. Бешенство
- 3.6. Инфекции центральной нервной системы (менингит/менингоэнцефалит)
 - 3.6.1. Бактериальный, включая менингококковый
 - 3.6.2. Вирусный, включая клещевой энцефалит
 - 3.6.3. Прионные болезни
- 3.7. Детские инфекции
 - 3.7.1. Дифтерия
 - 3.7.2. Скарлатина
 - 3.7.3. Корь
 - 3.7.4. Краснуха
 - 3.7.5. Коклюш
 - 3.7.6. Эпидемический паротит
 - 3.7.7. Ветряная оспа
- 3.8. Вирусные гепатиты
 - 3.8.1. Вирусный гепатит А, В, С, D, Е, G
 - 3.8.2. Носительство HBsAg
- 3.9. Другие инфекции
 - 3.9.1. Сыпной тиф
 - 3.9.2. Болезнь Лайма (боррелиоз)
 - 3.9.3. Лептоспироз
 - 3.9.4. Инфекционный мононуклеоз
 - 3.9.5. Бруцеллез
 - 3.9.6. Брюшной тиф
 - 3.9.7. Ботулизм
 - 3.9.8. Хламидиоз
- 4. ВИЧ-инфекцию, включая оппортунистические инфекции
- 5. Особо опасные (карантинные) инфекции
 - 5.1. Холера
 - 5.2. Сибирская язва
 - 5.3. Чума
- 6. Паразитарные болезни (основные инфекции, наиболее часто встречающиеся в популяции и в регионе)
 - 6.1. Протозойные инфекции
 - 6.2. Гельминтозы
- 7. Инфекции, вызванные атипичными микобактериями
- 8. Болезни, связанные с путешествиями
- 9. Наиболее частые инфекции у больных со сниженным иммунитетом
- 10. Неотложные состояния
 - 10.1. Острая диарея
 - 10.2. Острая печеночная недостаточность
 - 10.3. Шок инфекционно-токсический
 - 10.4. Нейротоксический синдром
 - 10.5. Синдром гипертермии

11. Диагностика инфекционных и паразитарных болезней/состояний
 - 11.1. Клиническое обследование (опрос, включая сексуальный анамнез при подозрении на ВИЧ-инфекцию, вирусный гепатит, амебиаз, физикальный осмотр)
 - 11.2. Неинвазивные методы исследования
 - 11.2.1. Лабораторные методы исследований (общий анализ крови и мочи, копрология кала, биохимический анализ крови)
 - 11.2.2. Микробиологическая диагностика
 - 11.2.2.1. Микроскопия (бактериоскопия) исследуемого материала
 - 11.2.2.2. Посевы на питательные среды исследуемого материала
 - 11.2.2.3. Диагностические серологические тесты
 - 11.2.3. Рентгенография
 - 11.3. Инвазивные методы исследования (показания, противопоказания, осложнения, диагностическая ценность)
 - 11.3.1. Ректоскопия
 - 11.3.2. Люмбальная пункция
12. Клиническая фармакология. Основные группы лекарственных средств:
 - 12.1. Антибиотики. Основные группы:
 - 12.2. Противопротозойные и антигельминтные
 - 12.3. Вакцины
 - 12.4. Иммуноглобулины и сыворотки
 - 12.5. Иммуномодуляторы
 - 12.6. 4-аминопинолины
 - 12.7. Энтеросорбенты
13. Немедикаментозные методы лечения
 - 13.1. Диета
 - 13.2. Искусственное энтеральное питание
 - 13.3. Промывание желудка и кишечника
 - 13.4. ЛФК
 - 13.5. Физиотерапия
 - 13.6. Фитотерапия
 - 13.7. Местное лечение (обработка ран, кожных высыпаний)
14. Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в ОВП
 - 14.1. Немедикаментозная
 - 14.1.1. Пища
 - 14.1.2. Личная гигиена
 - 14.1.3. Образ жизни
 - 14.1.4. Профессия
 - 14.2. Медикаментозная (в очаге инфекции, контактных лиц)
 - 14.3. Вакцинация. Специфическая профилактика инфекционных заболеваний
 - 14.4. Диспансеризация
 - 14.5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции
15. Реабилитация
 - 15.1. ЛФК
 - 15.2. Физиотерапия
 - 15.3. Психотерапия
 - 15.4. Физическая активность
 - 15.5. Санаторно-курортное лечение
16. Психосоциальные проблемы
 - 16.1. Социальная адаптация
 - 16.2. Изменения в семье, имеющей больного инфекционным заболеванием, включая ВИЧ-инфекцию

Обучающийся должен уметь:

применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов с инфекционными и паразитарными состояниями/заболеваниями, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации в ОВП. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,

- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.
- уметь определять показания для направления к амбулаторным специалистам и в стационар.

Обучающийся должен владеть:

Историей болезни пациента с инфекционными и паразитарными состояниями/заболеваниями:

1. Опросом (жалобы, анамнез, включая сексуальный, при подозрении на ВИЧ-инфекцию, вирусный гепатит, амебиаз)
2. Физикальным осмотром

Лабораторными исследованиями:

1. *Взятием и приготовлением мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования*
 - 1.1. крови, мочи, кала, мокроты
 - 1.2. содержимого ран
 - 1.3. с кожных элементов
 - 1.4. со слизистой оболочки носа, глотки
2. Забором кала на яйца и личинки гельминтов
3. Забором кала на простейшие
4. Соскобом анального отверстия
5. Забором материала на ВИЧ-инфекцию, СПИД-ассоциированные заболевания
6. Интерпретацией данных микробиологических исследований патогенного материала:
 - 6.1. Микроскопией (бактериоскопия)
 - 6.2. Посевом на питательные среды
 - 6.3. Диагностическими серологическими тестами

Методами диагностики, процедуры/манипуляции:

1. Промыванием желудка через желудочный и назогастральный зонд
2. Промыванием кишечника (очистительные клизмы)
3. Методикой чтения рентгенограмм
4. Стерилизацией инструментария, используемого у инфекционных больных
5. Утилизацией медицинских отходов инфекционных больных (биологического материала, разового инструментария, шприцов, игл, перчаток)

Оказанием неотложной помощи пациентам с инфекционными состояниями/заболеваниями:

1. Острой печеночная недостаточность
2. Острой диарея
3. Шоке инфекционно-токсический
4. Нейротоксическом синдроме
5. Гипертермическом синдроме

Ведением пациентов после выписки из стационара с инфекционными заболеваниями:

Навыками консультации:

1. Обучением пациентов из групп риска по вирусному гепатиту и ВИЧ-инфекции
2. *Профилактическими рекомендациями пациенту с инфекционными и паразитарными состояниями/заболеваниями:*
 - 2.1. Здоровый образ жизни
 - 2.2. Назначение физических нагрузок
 - 2.3. Питание
 - 2.4. Употребление алкоголя
 - 2.5. Вакцинация

- 2.6. Консультирование семьи, имеющего инфекционного больного, включая ВИЧ-инфекцию

Организационной работой в ОВП по ведению пациентов с инфекционными и паразитарными заболеваниями:

1. *Медицинской экспертизой:*
 - 1.1. Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности
 - 1.2. Проведением клинико-экспертной комиссии (КЭК)
 - 1.3. Определением медицинских показаний к трудоустройству
2. *Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:*
 - 2.1. Организацией маршрута пациента, имеющего инфекционные и паразитарные заболевания: диагностика, лечебные, оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация
 - 2.2. Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи больным с ВИЧ-инфекцией

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Клинико-эпидемиологические особенности, современные подходы к лечению и профилактике гриппа и ОРВИ в ОВП.
2. Этиологическая структура и особенности эпидемиологии ОКИ на современном этапе.
3. Виды диарей (патогенетические типы).
4. Дифференциальная диагностика диарей в ОВП.
5. Тактика ВОП при подозрении на ОКИ; стартовая терапия ОКИ; противоэпидемические мероприятия в очаге.
6. Тактика врача общей практики при гиповолемическом шоке.
7. Тактика ВОП при подозрении на ботулизм.
8. Классификация, эпидемиология и профилактика гельминтозов в ОВП.
9. Критерии диагностики гельминтозов, группы риска.
10. Лечение и профилактика лямблиоза, энтеробиоза, аскаридоза в ОВП.
11. Этиология, современные клинико-эпидемиологические особенности, классификация, ранняя диагностика и специфические маркеры вирусных гепатитов в ОВП; тактика ВОП при подозрении на вирусный гепатит.
12. Профилактика вирусных гепатитов, диспансерное наблюдение переболевших, противоэпидемические мероприятия в очаге.
13. Критерии диагностики менингококковой инфекции (локализованные и генерализованные формы).
14. Тактика врача общей практики при подозрении на менингококковую инфекцию (локализованные и генерализованные формы); противоэпидемические мероприятия в очаге.
15. Тактика врача общей практики при ИТШ.
16. Эпидемиология клещевых нейроинфекций, особенности в Кировской области, клинические проявления различных форм клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза; тактика ВОП при подозрении на клещевые инфекции; диспансерное наблюдение переболевших.
17. Тактика пациента и ВОП при присасывании клеща.
18. Принципы лечения и профилактика клещевых нейроинфекций на современном этапе в ОВП.
19. Дифференциальная диагностика экзантем (геморрагическая, точечная, пятнисто-папулезная сыпь) и тактика ВОП.
20. Тактика врача общей практики (ВОП) при ветряной оспе; осложнения ветряной оспы; противоэпидемические мероприятия в очаге.
21. Критерии диагностики коклюшной инфекции в ОВП; причины неукротимого кашля при коклюше; осложнения; противоэпидемические мероприятия в очаге.
22. Критерии диагностики паротитной инфекции и тактика ВОП; осложнения эпидемического паротита.
23. Критерии диагностики коклюшной инфекции в ОВП, тактика ВОП.
24. Критерии диагностики и осложнения инфекционного мононуклеоза, причины его поздней диагностики, тактика ВОП при подозрении на инфекционный мононуклеоз.

25. Дифференциальная диагностика заболеваний протекающих с поражением ротоглотки (ангины и др.)
26. Дифференциальная диагностика лимфоаденопатий в ОВП. Современные особенности этиологии и эпидемиологии ВИЧ-инфекции; ранние признаки клинических проявлений; принципы профилактики у взрослых (в т.ч. у беременных) и детей; тактика ВОП при ведении вирусоносителей и больных.
27. Вакцинация детей и подростков, по национальному календарю прививок.
28. Вакцинация взрослых (в том числе беременных и кормящих матерей).
29. Понятие ООИ, тактика ВОП при подозрении на ООИ (холера, брюшной тиф, сибирская язва, чума).
30. Малярия. Принципы диагностики, клиники и лечения. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
31. Столбняк, особенности клиники, диагностики, профилактики.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (осмотр пациента), освоение манипуляций (стрептотест) по алгоритму под контролем преподавателя.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: предварительный диагноз, диф. диагноз, опорные диагностические критерии, факторы риска, организация ведения пациента в условиях ОВП, характеристика основных лекарственных препаратов и немедикаментозных методов лечения и профилактики.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

1. Женщина 59 лет предъявляет жалобы на боли в правой поясничной области жгучего характера, слабость, повышение температуры до 38°C, плохой сон. На коже в области поясницы справа – множественные пузырьки. Тактика ВОП.

Диагноз: Опоясывающий лишай и постгерпетическая невралгия

Опоясывающий лишай (ОЛ) развивается в результате реактивации вируса varicella-zoster подсемейства Alphaherpesviruses семейства Herpesviridae (вирус герпеса 3 типа), находящегося в спинномозговых ганглиях у тех, кто ранее перенес ветряную оспу. Причина реактивации вируса в большинстве случаев неизвестна, чаще наблюдается при иммунодефиците. Заболеваемость составляет 34:10000 в год. Болеют люди любого возраста, но чаще - старше 50 лет Начало заболевания острое, начинается с корешковой боли и гиперестезии в зоне иннервации пораженного ганглия, интоксикация, лихорадка

Через несколько дней в зоне иннервации одного или двух соседних спинномозговых корешков появляется сыпь. Чаще сыпь локализуется в зоне иннервации межреберных и тройничного нервов.

Симптомы

Сыпь представлена папулами, расположенными на инфильтрированном и гиперемизированном основании. Папулы быстро (18-24 ч) превращаются в болезненные везикулы и пузыри, ограниченные четкой демаркационной зоной, а они в свою очередь – в пустулы. Затем формируются корки, которые к 10-14 –м суткам болезни начинают отделяться, оставляя участки гипопигментации. В среднем поранения исчезают в течении 2-4 недель, боль может сохраняться в течении недель и месяцев.

Поражение, как правило, одностороннее

Наблюдается увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов

Признаки наличия серьезных проблем

Наличие симптомов менингоэнцефалита (наблюдается редко)

Диссеминированное поражение кожи при наличии синдрома иммунодефицита

Наличие симптомов поражения периферических нервов (мышечная слабость, периферический парез мышц)

Поражение тройничного (гассерова) узла, сопровождающееся высыпаниями на слизистых оболочках глаза, носа, коже лица, нередко с вовлечением глазного яблока (глазная форма опоясывающего лишая)

Тяжелая постгерпетическая невралгия, особенно у лиц с тяжелыми хроническими заболеваниями

Ведение пациента: Диагностика:

Физикальное исследование – осмотр, локализация высыпаний, определение стадии процесса

Диагностические тесты редко бывают необходимы. Электронная микроскопия отделяемого везикул, выявление нарастающих титров АТ (в парных сыворотках) в РПГА (реакция пассивной гемагглютинации) или реакции нейтрализации могут подтвердить диагноз.

Дифференциальная диагностика: синдром острой боли в груди (особенно в межреберных промежутках) – инфаркт миокарда, плеврит, холецистит; первичное инфицирование вирусом простого герпеса

Желательна постановка диагноза на ранних стадиях заболевания во избежание необоснованных диагностических тестов

Назначение противовирусной терапии по показаниям (см. ниже)

Местное применение ацикловира в виде крема-мази малоэффективно

Для пациентов с постгерпетической невралгией трициклические антидепрессанты являются препаратами выбора(см. ниже).

Контагиозность: возможна передача возбудителя опоясывающего герпеса в буллезную фазу; избегать контакта с детьми, получающими противоопухолевую терапию; при контакте с больным опоясывающим лишаем ребенку следует ввести varicella-zoster-Ig.

При наличии признаков серьезных проблем

Срочная консультация соответствующего специалиста (невропатолог, офтальмолог, инфекционист и т.п.)

Абсолютные показания к назначению противовирусной терапии:

- всем пациентам с высыпаниями по ходу ветвей тройничного нерва;
- пациентам с симптомами средней тяжести и не позднее 3-х суток от начала заболевания;
- пациентам с иммунодефицитными состояниями назначать противовирусную терапию и по истечении 3-х дней с начала заболевания.

При отсутствии признаков серьезных проблем

Относительные показания к назначению противовирусной терапии:

- больные старше 60 лет в связи с более тяжелым течением заболевания;
- больные молодого возраста при тяжелом течении заболевания, наличии осложнений, требующем госпитализации;

Противовирусная терапия

Ацикловир внутрь 800 мг 5 р/сут x 5 дн.

Фамцикловир внутрь 250 мг 3р/сут (750 мг 1 р/сут) x 7 дн.

Валацикловир внутрь 1 г 3 р/сут x 7 дн.

Пациенты с сопутствующим иммунодефицитом – ацикловир 10 мг/кг каждые 8 ч x 10 дн. в/в медленно

Побочные эффекты: расстройства ЖКТ, сыпь, головная боль, преходящее повышение концентрации печеночных трансаминаз.

Постгерпетическая невралгия

У большинства больных после исчезновения высыпаний сохраняются локальные боли, которые у пожилых больных могут длиться годами

Назначение противовирусной терапии в ранние сроки заболевания может предотвращать или уменьшать тяжесть постгерпетической невралгии (рекомендация уровня А).

Для облегчения болевого синдрома сначала назначают нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), а затем – при их неэффективности, назначают трициклические антидепрессанты:

Амитриптилин внутрь 25-50 мг однократно вечером больным с кожной гиперестезией или с непрекращающейся болью (рекомендация уровня А)

Карбамазепин внутрь 100 мг 2 р/сут при болях колющего характера; возможно увеличение дозы до 200 мг 3 р/сут в течение 2 нед (при отсутствии эффекта от максимальной дозы в течение недели, прием препарата следует прекратить).

Реже используют инъекции местных анальгетиков, блокады нервов.

2. Гельминтозы

Ребенок 5-ти лет. Мать предъявляет жалобы на зуд в области заднего прохода, раздражительность, плохой сон ребенка. Тактика ВОП.

Диагноз: Энтеробиоз.

Дифдиагноз. Симптомы Кожа – дерматит (аскаридоз), подкожные узелки (бычий цепень), кожный зуд (шистосомозный дерматит)

ЦНС – судорожные припадки и очаговая симптоматика (шистосомозный дерматит, токсоплазмоз, трихинеллез)

Глаза – поражение стекловидного тела (аскаридоз), хориоретинит (токсоплазмоз)

Кровь – макроцитарная анемия (широкий лентец), эозинофилия (инвазивный гельминтоз).

Лимфатическая система – лимфаденопатия (токсоплазмоз)

Дыхательная система – синдром Леффлера (аскаридоз), кашель (шистосомозный дерматит), поражение легочной ткани, абсцесс (эхинококкоз)

Сердечно-сосудистая система: миокардит (трихинеллез, токсоплазмоз)

ЖКТ - аппендицит (аскаридоз), колики, диарея и рвота (криптоспориديоз), кишечная непроходимость (аскаридоз, бычий цепень), зуд в области заднего прохода (аскаридоз)

Гепатобиллиарное поражение: обструкция желчевыводящих путей (аскариды), портальная гипертензия (шистосомозный дерматит).

Мочеполовая система: гематурия (шистосомозный дерматит)

Опорно-двигательная система – миозит (трихинеллёз).

Микроскопия кала для обнаружения червей и яиц может выполняться в офисе ВОП или в лаборатории. Бычий цепень и энтеробиоз можно диагностировать с помощью липкой целлофановой ленты, закрепив её на промежность после сна перед приемом душа и затем выполнив микроскопию на наличие яиц.

Серологические анализы выполняют при подозрении на экстраинтестинальное поражение.

Признаки наличия серьезных проблем

- Признаки экстраинтестинального поражения в случае, если оно требует дополнительного лечения помимо стандартных схем элиминации возбудителя (например, хирургическое вмешательство при формировании абсцессов и т. п.)

- Острый живот

- Выраженная анемия, требующая неотложного лечения

- Гиповолемия, требующая в/в инфузии

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Гельминтоз у лиц со снижением иммунитета: беременных, принимающих глюкокортикоиды, больных СПИДом (токсоплазмоз и криптоспоридиоз протекает у ВИЧ-инфицированного пациента с осложнениями).

Лица, проживающие или длительно находящиеся в закрытых лечебных/учебных заведениях (детсад, ПНД, интернаты).

Факторы риска

Туризм, орально-анальный секс, содержание домашних животных.

Ведение пациента

Анамнез

Оценить наличие факторов риска, наличия признаков серьезных проблем и психосоциальных факторов риска

При наличии признаков серьезных проблем

Срочная консультация соответствующего специалиста (инфекционист, хирург, офтальмолог и т.п.)

При отсутствии признаков серьезных проблем

Лечение при энтеробиозе: мебендазол 100 мг (7,5–10 мг/кг) однократно, детям до 2-х лет – 50 мг; при аскаридозе мебендазол по 100 мг 2 раза в день в течение 3-х дней. Препарат противопоказан при беременности. При заражении ленточными червями (лентец широкий и бычий цепень) никлозамид 2 г однократно для взрослых, детям с массой тела менее 35 кг назначают 1,5 г препарата, 11-34 кг – 1 г однократно. Эффективность лечения увеличивается при одновременном назначении слабительных средств. Контроль лечения через 3 месяца.

Лямблиоз: тинидазол 1,5–2 г однократно (не рекомендовано детям до 5 лет). Альтернатива – 250 мг 3 раза в день в течение 5 дней, детям 15 мг/кг в сутки. Контроль через 1–2 месяца.

Криптоспоридиоз специального лечения не требует у лиц с нормальным иммунитетом, терапия симптоматическая.

Трихинеллёз лечится после консультации врача-инфекциониста.

Эхинококкоз: кисты удаляют хирургически, проводят несколько курсов албендазолом 10мг/кг/сут в течение 28 дней. Через 2 недели показан повторный курс препарата. При невозможности удалить кисты требуется 5–10 курсов, иногда пожизненно.

Токсоплазмоз требует специфического лечения у больных с тяжелым течением, иммунодефицитными состояниями, у беременных, у детей с врожденным токсоплазмозом, а также у больных с глазной формой токсоплазмоза. Назначают спирамицин по схеме или пириметамин в сочетании с сульфадиазином.

При наличии психосоциальных факторов риска

Информировать пациентов об источниках заражения и путях передачи. Риск заболевания выше у туристов при путешествии в зоны с плохим санитарно-гигиеническим обеспечением и несовершенным контролем качества доступных пищевых продуктов. Специфических методов первичной профилактики таких, как вакцинация, не существует. Следует пользоваться общими рекомендациями: мыть руки перед едой и после туалета, употреблять в пищу только термически обработанную пищу, не пить сырую воду и не купаться в водоёмах вне специально отведенных мест, избегать контакта с животными. Если в доме есть животное, хозяевам необходимо получить информацию у ветеринара о том, как предотвратить развитие гельминтоза у животного. Лица, проживающие в закрытых учреждениях и/или посещающие детские сады должны

проходить регулярно, в рамках профилактического осмотра, лабораторные исследования кала для исключения широко распространенных гельминтозов.

При наличии ВИЧ инфекции необходима серодиагностика на токсоплазмоз, так как велика вероятность развития энцефалита. Всем серопозитивным пациентам необходимо профилактическое назначение триметоприм-сульфаметоксазола в двойной дозе, если количество Т-лимфоцитов менее 100/мкл. Криптоспориديоз лечится макролидами. Необходимо информировать пациента о способах предохранения от заражения криптоспоридиозом и токсоплазмозом, так как эти заболевания у ВИЧ-инфицированных протекают с осложнениями и требуют лечения.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача 1

Больной И., 39 лет, работник мясокомбината, заболел остро 9.11.: появились головная боль, слабость, сильный озноб, повысилась температура тела до 39,6°C. Отмечал выраженные боли в мышцах, особенно икроножных, боли в поясничной области, стал меньше мочиться. С диагнозом «острый пиелонефрит» наблюдался врачом поликлиники, принимал 5-НОК, бисептол. Однако высокая температура не снижалась и в течение последующих 5 дней сохранялась на уровне 38°-39°C. 13.11. заметил желтуху.

Вызванный повторно участковый врач установил: состояние тяжелое, температура тела 39,8°C. Лицо гиперемировано, одутловато. Склеры инъецированы. На слизистых оболочках конъюнктивы мелкие кровоизлияния. Кожа и склеры ярко желтого цвета. На коже грудной клетки видна петехиальная сыпь. Язык сухой, обложен грязным налетом. В легких застойные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, пульс 130 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 110/60 мм рт. ст. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3 см ниже правой реберной дуги, болезненная. Пальпируется край селезенки. Со слов больного – в течение дня не мочился. Менингеальные симптомы отрицательные.

Больной был направлен в инфекционный стационар с подозрением на острый вирусный гепатит.

С приемной отделения стационара проведено срочное обследование больного: лейкоциты в периферической крови – 15·10⁹/л; гемоглобин -100 г/л; СОЭ -35 мм/ч.

Билирубин крови – 250 мкмоль/л, (прямой 100 мкмоль/л); АлАТ – 2,5 ммоль/л; мочевины – 65 ммоль/л; креатинин – 0,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: белок 0,33 г/л; эритроциты 50 в поле зрения; единичные гиалиновые и зернистые цилиндры.

1. Укажите показания к госпитализации больного.
2. Какое лабораторное обследование больного требуется для верификации диагноза ?
3. Назначьте лечение.
4. Укажите имеющиеся и возможные осложнения
5. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
6. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача 2.

Вызов на дом ВОП. Пациент П., 25 лет, 5-й день болезни. Врач-интерн, работал в различных отделениях инфекционной больницы. После нескольких дней работы в отделении воздушно-капельных инфекций, почувствовал недомогание, слабость, головную боль, повысилась температура тела до 38,0°C, появилось першение в горле, сухой кашель, заложенность носа, слезотечение. На второй день, насморк усилился, кашель стал более резким, отрывистым, покраснели и опухли веки, появилась светобоязнь. Больной поставил себе диагноз «грипп». Лечился симптоматическими средствами.

3-4 день состояние почти без перемен, температура тела держалась на уровне 37,8 – 38,5°C, сохранялись катаральные явления. Отделяемое из носа и конъюнктив стало гнойным. 21.03. утром заметил сыпь на лице в виде пятнисто-папулезных элементов без зуда. Лицо одутловато, гиперемировано. На коже лица, за ушами, на шее и верхних отделах грудной клетки умеренно выраженная пятнисто-папулезная сыпь. Отдельные элементы видны и на туловище. На ногах сыпи нет. Отчетливо определяются увеличенные, мягкие, болезненные при пальпации затылочные, задне- и переднешейные лимфатические узлы. В зеве разлитая гиперемия, миндалины незначительно увеличены, без налетов. На слизистой оболочке внутренней поверхности щеки слева обнаружены единичные мелкие элементы белесоватого вида, напоминающих манную крупу. В легких хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Из анамнеза известно, что в школьные годы никаких прививок не получал в связи с противопоказаниями. Ветряной оспой, краснухой, корью, эпидемическим паротитом не болел.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Опишите патогенез основных синдромов.
4. Назовите возможные осложнения заболевания.
5. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется – то с какими?
6. Укажите к какой группе инфекционных болезней относится данный случай, а также вероятный источник, механизмы заражения и
7. пути передачи возбудителя.
8. Назовите показания к госпитализации больного
9. Составьте план обследования
10. Назначьте лечение.
11. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача 3.

Больная Е., 56 лет, заболела остро – появились умеренные боли в горле, усиливающиеся при глотании, повысилась температура тела до 38,1°C, почувствовала слабость, недомогание. К врачу не обращалась. Лечилась домашними средствами: полоскала горло домашними средствами. В последующие два дня температура держалась на уровне 37,5-38,2°C, боли в горле сохранялись. На 4-й день болезни выросла слабость, появились сердцебиение, одышка, затруднение при глотании. Больная заметила, что шея увеличилась в размерах. К середине дня температура тела достигла 39,8°C.

в анамнезе частые ангины, ОРВИ, гипертоническую болезнь 2 стадии в сочетании с ИБС

Вызвала участкового врача. При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 38,5°C, сознание ясное. Лицо бледное. Язык обложен, влажный. Кожа чистая. Определяется отек шейной клетчатки, достигающий до первой шейной складки. Пальпируются увеличенные чувствительные подчелюстные лимфатические узлы. Голос звучный. В зеве разлитая умеренная гиперемия. Миндалины отечны, увеличены в размерах до 3 степени. На миндалинах, обеих дужках, на основании язычка имеются плотные серовато-белые с гладкой поверхностью налеты. Шпателем их снять не удалось. Дыхание свободное, в легких – везикулярное. Пульс 110 уд. в мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Выслушивается отчетливый систолический шум на основании сердца.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Диурез достаточный. Поколачивание по пояснице безболезненно.

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите, если есть осложнения заболевания.
3. Решите вопрос о госпитализации.
4. Составьте план обследования больной.
5. Назначьте лечение.
6. К какой группе инфекционных болезней относится данный случай?
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания

Задача 4

Больной М., 35 лет, заболел остро: появились слабость, тошнота, боли в эпигастральной области, 3 раза была рвота пищей, повторный обильный жидкий стул калового характера без патологических примесей. Через 3 часа его состояние ухудшилось: рвота продолжалась (до 7 раз), стул участился до 10 раз и стал водянистым, пенистым. Наросла общая слабость, появились сухость во рту и жажда, головокружение. Температура тела повысилась до 38,5°C. Боли в животе усилились и имели распирающий характер. Появились судорожные сокращения в икроножных мышцах. Больной был осмотрен ВОП/СВ. Объективный статус: состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, бледный. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Пульс 116 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 90/55 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный в эпигастральной, околопупочной и правой подвздошной областях. Перитонеальных симптомов нет. Не мочился с утра. Стул водянистый, обильный, зеленого цвета, без патологических примесей.

Из анамнеза известно, что больной накануне заболевания был в гостях, употреблял алкоголь в умеренных количествах, различные закуски, заливное мясо, салаты. Слышал, что у кого-то из гостей тоже был жидкий стул, но подробностей не знает.

Больной состоит на учете по поводу хронического гастрита с пониженной секреторной функцией.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Опишите патогенез основных синдромов
4. Назовите осложнения заболевания, если они есть.
5. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется – то с какими?
6. Укажите, к какой группе инфекционных болезней относится данный случай, а также вероятный источник, механизмы заражения и пути передачи возбудителя.
7. Назовите показания к госпитализации больного.
8. Составьте план обследования больного.
9. Назначьте лечение.
10. Перечислите противэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача 5.

Под наблюдением ВОП находится беременная женщина, которая в прошлом переболела гепатитом «В». При серологическом исследовании антигены вирусов гепатитов не были выявлены.

Задания:

1. Передается ли гепатит «В» ребенку во время беременности, если да, то каким путем, если нет, то в каких случаях?
2. Какой механизм является основным при передаче гепатита «В»?
3. Что служит исследуемым материалом и какова микробиологическая диагностика гепатита «В»?
4. Каков патогенез гепатита «В», возможен ли благоприятный исход после перенесенного заболевания?
5. Проводится ли специфическая профилактика гепатита «В», если да, то чем? Поясните ответ.

Задача 6.

Двое сотрудников отправились на рыбалку. А так как питьевой воды захватили мало, то использовали воду из открытого водоема, причем один из них пил некипяченую воду. Через две недели он заболел, температура тела поднялась до 39° С, Больной был госпитализирован по скорой помощи.

Задания:

1. Назовите предполагаемых возбудителей, которые могли стать причиной заболевания ?
2. Проведите дифдиагностику.
3. Каким путем заразился указанный больной и почему?
4. Проводится ли специфическая профилактика и терапия данной группы заболеваний?

Задача 7.

На приеме ВОП больной ребенок, 3 лет, из детского сада № 18 с клиническими проявлениями диареи, где было зарегистрировано несколько случаев заболевания.

Задания:

1. Проведите диагностический поиск, дифдиагноз, опорные диагностические критерии, факторы риска,
2. Организация ведения пациента в условиях ОВП,
3. Характеристика основных лекарственных препаратов и немедикаментозных методов лечения и профилактики.

Задача 8.

У работницы по производству кисточек для бритья на тыльной стороне левой кисти руки появились зудящие пятнышки, которые через несколько часов превратились в пузырьки с темным содержимым. При вскрытии пузырьков образовывались безболезненные язвы. На основании типичной клинической картины врач-инфекционист поставил диагноз: «Кожная форма сибирской язвы». Для подтверждения клинического диагноза необходимо микробиологическое исследование.

Задания:

1. Назовите род возбудителя сибирской язвы?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя сибирской язвы, выделенного из организма больного?
3. Эпидемиология сибирской язвы: источник инфекции, механизмы, факторы, пути передачи инфекции?

4. Что служит исследуемым материалом от данного больного?
5. Проводится ли специфическая профилактика сибирской язвы?

Задача 9.

В одной семье, проживающей в сельской местности, сразу заболело двое взрослых. Заболевание сопровождалось болями в животе, жидким кровянистым стулом, рвотой. Из анамнеза было выявлено, что заболевшие употребляли в пищу жареную печень от забитой козы с явными признаками недомогания. У детей, которые не ели печень, никаких признаков заболевания не наблюдалось. На основании клинической картины и данных анамнеза врач-инфекционист поставил предположительный диагноз: «Кишечная форма сибирской язвы».

Задания:

1. Назовите возбудителя сибирской язвы по-латыни?
2. Где и в каких формах может существовать возбудитель сибирской язвы?
3. Каким методом микробиологического исследования можно обнаружить различные формы возбудителя сибирской язвы, обоснуйте ответ?
4. Какова устойчивость возбудителей сибирской язвы во внешней среде и чем она обеспечивается?
5. Как проводится обеззараживание материала, взятого от больных животных?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы ординаторов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Клинико-эпидемиологические особенности, современные подходы к лечению и профилактике гриппа и ОРВИ в ОВП.
 2. Этиологическая структура и особенности эпидемиологии ОКИ на современном этапе.
 3. Виды диарей (патогенетические типы).
 4. Дифференциальная диагностика диарей в ОВП.
 5. Тактика ВОП при подозрении на ОКИ; стартовая терапия ОКИ; противоэпидемические мероприятия в очаге.
 6. Тактика врача общей практики при гиповолемическом шоке.
 7. Тактика ВОП при подозрении на ботулизм.
 8. Классификация, эпидемиология и профилактика гельминтозов в ОВП.
 9. Критерии диагностики гельминтозов, группы риска.
 10. Лечение и профилактика лямблиоза, энтеробиоза, аскаридоза в ОВП.
 11. Этиология, современные клинико-эпидемиологические особенности, классификация, ранняя диагностика и специфические маркеры вирусных гепатитов в ОВП; тактика ВОП при подозрении на вирусный гепатит.
 12. Профилактика вирусных гепатитов, диспансерное наблюдение переболевших, противоэпидемические мероприятия в очаге.
 13. Критерии диагностики менингококковой инфекции (локализованные и генерализованные формы).
 14. Тактика врача общей практики при подозрении на менингококковую инфекцию (локализованные и генерализованные формы); противоэпидемические мероприятия в очаге.
 15. Тактика врача общей практики при ИТШ.
 16. Эпидемиология клещевых нейроинфекций, особенности в Кировской области, клинические проявления различных форм клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза; тактика ВОП при подозрении на клещевые инфекции; диспансерное наблюдение переболевших.
 17. Тактика пациента и ВОП при присасывании клеща.
 18. Принципы лечения и профилактика клещевых нейроинфекций на современном этапе в ОВП.
 19. Дифференциальная диагностика экзантем (геморрагическая, точечная, пятнисто-папулезная сыпь) и тактика ВОП.
 20. Тактика врача общей практики (ВОП) при ветряной оспе; осложнения ветряной оспы; противоэпидемические мероприятия в очаге.
 21. Критерии диагностики коклюшной инфекции в ОВП; причины неукротимого кашля при коклюше; осложнения; противоэпидемические мероприятия в очаге.
 22. Критерии диагностики паротитной инфекции и тактика ВОП; осложнения эпидемического паротита.

23. Критерии диагностики коклюшной инфекции в ОВП, тактика ВОП.
24. Критерии диагностики и осложнения инфекционного мононуклеоза, причины его поздней диагностики, тактика ВОП при подозрении на инфекционный мононуклеоз.
25. Дифференциальная диагностика заболеваний протекающих с поражением ротоглотки (ангины и др.)
26. Дифференциальная диагностика лимфоаденопатий в ОВП. Современные особенности этиологии и эпидемиологии ВИЧ-инфекции; ранние признаки клинических проявлений; принципы профилактики у взрослых (в т.ч. у беременных) и детей; тактика ВОП при ведении вирусоносителей и больных.
27. Вакцинация детей и подростков, по национальному календарю прививок.
28. Вакцинация взрослых (в том числе беременных и кормящих матерей).
29. Понятие ООИ, тактика ВОП при подозрении на ООИ (холера, брюшной тиф, сибирская язва, чума).
30. Малярия. Принципы диагностики, клиники и лечения. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
31. Столбняк, особенности клиники, диагностики, профилактики.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

001. Какие из перечисленных эпидемиологических признаков характерны для брюшного тифа?
 - а) аэрогенный механизм заражения
 - б) фекально-оральный механизм заражения
 - в) контактно-бытовой путь передачи возбудителя
 - г) зимне-весенняя сезонность заболеваемости
 - д) летне-осенняя сезонность заболеваемости
002. Какие антибиотики целесообразно использовать для лечения брюшного тифа?
 - а) пенициллин
 - б) ампициллин
 - в) левомицетин
 - г) эритромицин
 - д) тетрациклин
003. Укажите наиболее информативный метод лабораторной диагностики брюшного тифа на первой неделе заболевания
 - а) посев крови на желчный бульон
 - б) посев испражнений
 - в) посев мочи
 - г) посев желчи
 - д) РНГА с сальмонеллезным антигеном S. Typhi
004. Что из перечисленного характерно для брюшного тифа на первой неделе заболевания?
 - а) развитие высокой лихорадочной реакции в течение нескольких дней
 - б) распространенные миалгии
 - в) стойкая головная боль
 - г) профузная диарея
 - д) склонность к задержке стула
005. Что из перечисленного относительно экзантемы при брюшном тифе является верным?
 - а) петехиальная сыпь на боковых участках груди и живота
 - б) появление элементов сыпи на 4-5-й дни болезни
 - в) розеолезно-папулезная сыпь на передней брюшной стенке
 - г) возникновение сыпи на 8-10-й дни болезни
 - д) шелушение на месте исчезнувших элементов сыпи
006. Выберите наиболее характерные симптомы брюшного тифа в разгар заболевания
 - а) ремитирующая волнообразная лихорадка
 - б) брадикардия
 - в) водянистая диарея
 - г) увеличение селезенки и печени
 - д) розеола-папулы, исчезающие через 1-3 дня бесследно
007. Укажите типичные осложнения брюшного тифа
 - а) кишечное кровотечение
 - б) абсцесс печени

- в) перфоративный перитонит
- г) экссудативный перитонит
- д)эндокардит

008. Укажите симптомы, позволяющие предположить развитие перитонита у больного брюшным тифом

- а) усиление болей внизу живота
- б) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево
- в) напряжение мышц брюшной стенки
- г) исчезновение печеночной тупости при перкуссии
- д) наличие свободной жидкости в брюшной полости

009. Укажите симптомы, позволяющие предположить развитие кишечного кровотечения у больного брюшным тифом

- а) тахикардия
- б) повышение температуры тела
- в) бледность слизистых оболочек
- г) артериальная гипотония
- д) дегтеобразный стул

010. Выберите наиболее рациональный вариант врачебной тактики при подозрении на брюшной тиф у контактных лиц

- а) клиничко-лабораторное обследование в амбулаторных условиях с решением вопроса о госпитализации после получения результатов обследования
- б) госпитализация в инфекционный стационар для обследования

011.Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге брюшного тифа?

- а) наблюдение за контактными лицами в течение 25 дней
- б) бактериологические исследования испражнений контактных лиц
- в) бактериологические исследования крови контактных лиц
- г) дезинфекция помещения хлорсодержащими средствами
- д) назначение контактным лицам антибиотиков с целью профилактики заболевания

012. Укажите возможные источники передачи сальмонелл

- а) вода из открытых источников
- б) сырые овощи и фрукты
- в) молочные продукты
- г) мясные блюда
- д) куриные яйца

013. Что из перечисленного характерно для сальмонеллеза

- а) острое начало
- б) инкубационный период от 1 до 2 недель
- в) интоксикационный синдром
- г) инкубационный период от 2-6 часов до 2-3 дней
- д) диарея толстокишечного типа

014. Какие из перечисленных симптомов соответствуют картине выраженного обезвоживания при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза?

- а) жажда
- б) сухость слизистых оболочек
- в) потливость
- г) полиурия
- д) повышение гематокрита

015. Укажите возможные осложнения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза

- а) инфекционно-токсический шок
- б) гиповолемический шок
- в) острая почечная недостаточность
- г) менингит
- д) пневмония

016. Какие из перечисленных симптомов характерны для гастроинтестинальной формы сальмонеллеза?

- а) острое начало
- б) гипертермия с ознобами
- и) режущие боли в мезогастральной области

- г) многократный жидкий обильный стул зеленоватой окраской
 д) малообъемный слизисто-кровянистый стул
 е) повторная рвота
017. Укажите отличительные признаки генерализованной формы сальмонеллеза
 а) увеличение печени и селезенки
 б) многократная большеобъемная диарея
 в) тонические судороги
 г) формирование вторичных септикопиемических очагов
 д) геморрагическая сыпь
018. Для верификации диагноза «сальмонеллез» применяются
 а) посев крови на желчный бульон
 б) посев кала
 в) РНГА с комплексным сальмонеллезным антигеном
 г) ректороманоскопия
 д) копрограмма
019. Что из перечисленного целесообразно использовать для лечения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза средней степени тяжести?
 а) промывание желудка содовым раствором
 б) питье большого количества воды
 в) питье глюкозо-солевого раствора
 г) инфузионная терапия солевыми растворами
 д) прием антибактериального препарата
 е) прием энтеросорбентов
020. Женщина, 30 лет, работающая поваром, заболела остро. Температура тела быстро повысилась до 39,5°C с ознобом. Почти одновременно появились режущие боли вокруг пупка, двукратная рвота, а затем частый (до 10 раз) жидкий стул. Заболевание возникло через 16 часов после употребления в пищу вареных всмятку яиц.
 Укажите наиболее вероятный диагноз
 а) дизентерия
 б) пищевая токсикоинфекция
 в) сальмонеллез
 г) холера
021. С каким заболеванием чаще всего приходится дифференцировать генерализованную форму сальмонеллеза?
 а) с кишечным иерсиниозом
 б) с бруцеллезом
 в) с токсоплазмозом
 г) с брюшным тифом
022. Укажите возбудителей пищевых токсикоинфекций
 а) стафилококки
 б) стрептококки
 в) протей
 г) клостридии
 д) сальмонеллы
 е) ротавирусы
023. Укажите продукт, употребление которого не вызывает пищевой токсикоинфекций
 а) вода
 б) молочные продукты
 в) кондитерские изделия с кремом
 г) мясные блюда
 д) куриные яйца
024. Укажите основные проявления пищевых токсикоинфекций
 а) острый гастрит, гастроэнтерит
 б) острый колит
 в) дегидратационный синдром
 г) интоксикационный синдром
025. У 50-летнего больного через 2 часа после употребления в пищу мясных консервов домашнего

изготовления возникли озноб, головокружение, режущие боли в эпигастральной области, повторная обильная рвота, а спустя 2 часа появился частый жидкий зловонный стул. Сходная, но более легкая картина болезни наблюдалась у жены больного, которая ела те же консервы.

Укажите наиболее вероятный диагноз

- а) пищевая токсикоинфекция
- б) дизентерия
- в) вирусный гастроэнтероколит

026. Укажите наиболее информативные методы исследования при диагностике пищевых токсикоинфекций

- а) выделение копрокультуры
- б) выделение гемокультуры
- в) серологические методы
- г) выделение культуры возбудителя из пищевых продуктов
- д) посев рвотных масс

027. Отметьте два наиболее значимых источника иерсиниоза

- а) свиньи
- б) коровы
- в) суслики
- г) больные иерсиниозом

028. Из перечисленных путей распространения инфекции основное значение для иерсиниоза имеет

- а) алиментарный
- б) водный
- в) контактно-бытовой
- г) трансмиссивный
- д) парентеральный

029. В клинической картине иерсиниоза отмечаются перечисленные признаки, за исключением

- а) ремитирующей лихорадки
- б) зловонной диареи
- в) гепатолиенального синдрома
- г) полиартралгии
- д) энцефалита

030. Что из перечисленного характерно для поражения пищеварительного тракта при иерсиниозе?

- а) гастрит
- б) илеотифлит
- в) мезаденит
- г) язвенный колит

031. Укажите варианты экзантемы, наиболее часто встречающиеся при иерсиниозе

- а) везикулезная сыпь
- б) эритематозная сыпь
- в) кореподобная экзантема
- г) петехиальная сыпь

032. Укажите характерные гематологические сдвиги при иерсиниозе

- а) лейкопения
- б) нейтрофильный лейкоцитоз
- в) эозинофилия
- г) анемия
- д) повышение СОЭ

033. Что из перечисленного применяется для верификации диагноза «иерсиниоз»?

- а) бактериологическое исследование крови
- б) бактериоскопия фекалий
- в) бактериологическое исследование испражнений
- г) серологическое исследование с антигенами иерсиний

034. Для лечения больных иерсиниозом целесообразно применять

- а) пенициллин
- б) эритромицин
- в) тетрациклин
- г) левомицетин

- д) фуразолидон
035. Что из перечисленного является источником возбудителей дизентерии?
- а) инфицированные животные
 - б) инфицированные молочные продукты
 - в) больные острой дизентерией
 - г) бактерионосители
036. Какая локализация патологического процесса является типичной для острой формы шигеллеза?
- а) тонкая кишка
 - б) восходящий отдел толстой кишки
 - в) дистальные отделы толстой кишки
037. Укажите наиболее характерные симптомы колитического синдрома у больных острой формы шигеллеза
- а) многократная обильная рвота
 - б) водянистая диарея
 - в) тенезмы
 - г) слизисто-кровянистый стул
038. Что из перечисленного применяется для лечения больных острой дизентерией?
- а) пенициллин
 - б) эритромицин
 - в) ампициллин
 - г) фуразолидон
 - д) энтеродез
039. Какой лабораторный метод является наиболее достоверным для подтверждения диагноза «дизентерия»?
- а) копрограмма
 - б) выделение копрокультуры шигелл
 - в) раннее серологическое исследование
040. В каких продуктах чаще всего накапливается ботулотоксин?
- а) в консервированных грибах
 - б) в рыбных консервах домашнего приготовления
 - в) в ветчине домашнего изготовления
 - г) в молочных продуктах
041. Для клинической картины ботулизма характерно
- а) дегидратационный синдром
 - б) гипертермия
 - в) миастения
 - г) бульбарные расстройства
 - д) геморрагический синдром
042. Решающими клиническими признаками в диагностике ботулизма являются
- а) острое начало с выраженной гипертермией
 - б) дисфагия
 - в) дисфония
 - г) офтальмоплегические симптомы
 - д) олигоанурия
043. При подозрении на ботулизм на догоспитальном этапе оправданны следующие мероприятия
- а) промывание желудка
 - б) назначение солевого слабительного
 - в) прием энтеросорбентов
 - г) введение антибиотиков
044. Укажите характерные осложнения ботулизма
- а) остановка дыхания
 - б) остановка сердца
 - в) аспирационная пневмония
 - г) менингоэнцефалит
 - д) токсический миозит
045. Укажите условия, способствующие заражению ботулизмом

- а) контакт с больным человеком
 - б) употребление загерметизированных консервов домашнего изготовления
 - в) употребление консервированных методом соления овощей
 - г) контакт раневой поверхности с почвой
 - д) употребление мясных и рыбных копченостей домашнего изготовления
046. Укажите основные источники инфекции при амебиазе
- а) пациенты с острым кишечным амебиазом
 - б) кошки
 - в) носители амеб
 - г) грызуны
047. При амебиазе чаще всего поражаются
- а) желудок
 - б) тонкая кишка
 - в) терминальный отдел тонкой кишки
 - г) толстая кишка
048. Укажите характерную эндоскопическую картину кишечного амебиаза
- а) диффузная гиперемия слизистой оболочки толстой кишки
 - б) геморрагии и эрозии на гиперемизированном фоне слизистой оболочки сигмовидной кишки
 - в) глубокие язвы с подрывными краями на фоне малоизмененной оболочки толстой кишки
049. Что из перечисленного характерно для острого кишечного амебиаза?
- а) торпидное, рецидивирующее течение
 - б) интенсивные спастические боли в эпигастрии
 - в) стойкий метеоризм
 - г) жидкий стул с большим количеством слизи и примесью крови
 - д) снижение массы тела
050. Укажите характерные симптомы амебиаза печени
- а) гектическая лихорадка
 - б) интенсивные боли в области увеличенной печени, усиливающиеся при вдохе
 - в) нейтрофильный лейкоцитоз с выраженным сдвигом формулы крови влево, значительным повышением СОЭ
 - г) желтушность кожи и слизистых оболочек
 - д) гипохолемное образование в печени при ультразвуковом исследовании
051. Лечение больных амебиазом проводится
- а) в инфекционном отделении до полного клинического выздоровления и исчезновения амеб из испражнений
 - б) амбулаторно
052. Укажите наиболее часто встречающееся осложнение амебиаза
- а) перфорация кишки
 - б) абсцесс печени
 - в) обтурационная желтуха
053. Какие методы наиболее информативны для диагностики лямблиоза?
- а) посев кала
 - б) микроскопия испражнений
 - в) микроскопия дуоденального содержимого
 - г) эндоскопическое обследование
054. Какие клинико-диагностические признаки определяют необходимость обследования пациента на лямблиоз?
- а) слизисто-кровянистый жидкий стул
 - б) повторная водянистая диарея
 - в) симптомы мальабсорбции
 - г) признаки эрозивного проктосигмоидита
055. Укажите, в каком отделе пищеварительного тракта паразитируют лямблии
- а) в желудке
 - б) в желчевыводящих путях
 - в) в проксимальном отделе тонкой кишки
 - г) в толстой кишке
056. Перечислите наиболее эффективные средства для лечения лямблиоза
- а) левомицетин

- б) метронидазол
 - в) тинидазол
 - г) фуразолидон
 - д) фталазол
057. Какие гельминты вызывают кишечные инвазии?
- а) описторхисы (кошачья двуустка)
 - б) аскариды
 - в) острицы
 - г) широкий лентец
058. Укажите инвазии, которые относятся к гельминтозам гепатобилиарной системы
- а) фасциолез
 - б) трихинеллез
 - в) анкилостомидоз
 - г) описторхоз
059. Укажите, какие из перечисленных гельминтов, совершая миграцию в организме человека, вызывают клиническую картину острого аллергоза
- а) аскарида
 - б) острица
 - в) кошачья двуустка
 - г) карликовый цепень
 - д) трихинелла
060. Какие гельминты (паразиты) могут быть причиной кистозного поражения печени и легких?
- а) кошачья двуустка
 - б) эхинококк
 - в) цистицерк
 - г) трихинелла
061. Для какого из перечисленных гельминтозов характерно острое развитие токсико-аллергической реакции с высокой лихорадкой, распространенными миалгиями, отеком лица, миокардитом, эозинофилией крови?
- а) эхинококкоз
 - б) описторхоз
 - в) трихинеллез
 - г) дифиллоботриоз
062. Заражение какими гельминтозами возможно при употреблении в пищу недостаточно термически обработанной рыбы?
- а) тениоз (свиной цепень)
 - б) описторхоз (кошачья двуустка)
 - в) тениаринхоз (бычий цепень)
 - г) стронгилоидоз (кишечная угрица)
 - д) дифиллоботриоз (лентец широкий)
063. Фактором передачи каких гельминтозов может быть термически плохо обработанное или сырое мясо?
- а) фасциолез (печеночная двуустка)
 - б) тениоз (свиной цепень)
 - в) тениаринхоз (бычий цепень)
 - г) трихинеллез
 - д) аскаридоз
064. Для инвазии каким гельминтом характерна В12-дефицитная анемия?
- а) эхинококком
 - б) широким лентецом
 - в) бычьим цепнем
065. Заражение какими из перечисленных гельминтозов возможно при контакте с инвазированным человеком?
- а) аскаридой
 - б) острицей
 - в) карликовым цепнем
 - г) свиным цепнем
066. Укажите препараты, применяемые при нематодозах
- а) фенасал

- б) левамизол
 - в) мебендазол
 - г) медамин
067. Что из перечисленного применяется для лечения больных цестодозами?
- а) левамизол
 - б) фенасал
 - в) мужской папоротник
 - г) пиперазин
068. Для лечения какого из указанных гельминтозов может быть рекомендован хлорксил?
- а) аскаридоз
 - б) трихинеллез
 - в) описторхоз
 - г) эхинококкоз
069. Что из перечисленного характерно для гриппа?
- а) общетоксический синдром
 - б) внезапное начало
 - в) поражение респираторного тракта
 - г) лихорадка
 - д) генерализованная лимфаденопатия
070. Укажите характерные осложнения тяжелой формы гриппа
- а) пневмония
 - б) токсический отек головного мозга
 - в) геморрагический синдром
 - г) пансинусит
 - д) ложный круп
071. Что из перечисленного применяется для лечения неосложненных форм гриппа?
- а) жаропонижающие средства
 - б) поливитамины
 - в) бисептол
 - г) тетрациклин
072. Что из перечисленного применяется для верификации диагноза гриппа?
- а) серологические реакции с антигенами вируса гриппа
 - б) люминесцентная микроскопия мазков-отпечатков из носа
 - в) посев крови
073. Парагриппу не свойственны
- а) продолжительная лихорадка
 - б) фарингит
 - в) ларингит
 - г) тубоотит
074. Укажите характерные осложнения парагриппа
- а) энцефаломиелит
 - б) ложный круп
 - в) очаговая пневмония
 - г) гломерулонефрит
075. Какие из перечисленных положений справедливы для парагриппа?
- а) заболевание характеризуется постепенным развитием симптомов с максимальной гипертермией к 5-6-му дню болезни
 - б) заболеванию свойственна зимне-весенняя сезонность
 - в) характерными симптомами заболевания являются гиперемия глотки, осиплость голоса, «лающий» кашель.
 - г) начальными симптомами болезни являются гипертермия, боли в грудной клетке, одышка, отхождение слизисто-гноющей мокроты
076. Укажите преимущественный путь передачи аденовирусов
- а) воздушно-капельный
 - б) воздушно-пылевой
 - в) фекально-оральный
 - г) парентеральный

077. Что из перечисленного характерно для аденовирусной инфекции?
- катаральный фарингит
 - конъюнктивит
 - увеличение периферических лимфоузлов
 - полиартриты
078. Выделите характерные осложнения аденовирусной инфекции
- ложный круп
 - пневмония
 - гломерулонефрит
 - менингит
079. Укажите средства, применяемые при лечении неосложненной формы аденовирусной инфекции
- ремантадин
 - жаропонижающие средства
 - паровые ингаляции
 - тетрациклин
080. Укажите возможные пути передачи вируса эпидемического паротита
- воздушно-капельный
 - алиментарный
 - трансплацентарный
 - трансмиссивный
081. Укажите типичные признаки эпидемического паротита
- острое лихорадочное начало
 - часто отмечается одностороннее поражение околоушной слюнной железы
 - во всех случаях отмечается симметричное поражение слюнных желез
 - гиперемия кожи в области пораженной железы
 - гиперемия и отечность области устья выводного протока пораженной слюнной железы
082. При эпидемическом паротите могут развиваться все указанные осложнения, за исключением
- серозного менингоэнцефалита
 - гнояногоменингита
 - орхита
 - острого панкреатита
083. Следующие положения справедливы относительно эпидемического паротита, за исключением
- у реконвалесцентов заболевания формируется стойкий иммунитет
 - эффективным средством профилактики эпидемического паротита является донорский иммуноглобулин против эпидемического паротита
 - специфическая профилактика эпидемического паротита достигается с помощью противопаротитной вакцины
084. Какие из указанных противоэпидемических мероприятий показаны в очаге эпидемического паротита?
- обязательная изоляция больных в инфекционный стационар
 - разобщение неиммунных лиц до 10-летнего возраста с 11-го по 21-й день от момента контакта
 - изоляция больных на 9 дней от начала болезни
 - вакцинация неиммунных контактных детей
085. Укажите наиболее частую форму дифтерии
- носа
 - ротоглотки
 - гортани
 - bronхов
 - глаза
086. Укажите ранние осложнения дифтерии глотки
- инфекционно-токсический шок
 - асфиксия
 - полирадикулоневрит
 - миокардит
087. Укажите характерные признаки локализованной формы дифтерии ротоглотки
- острое начало
 - застойная гиперемия слизистой оболочки ротоглотки

- в) увеличение миндалин
 - г) трудно снимаемые пленчатые налеты на миндалинах
 - д) легко снимаемые пленчатые налеты на миндалинах
088. Выберите признаки, наиболее характерные для налетов при локализованной дифтерии ротоглотки
- а) налеты имеют белый цвет с перламутровым оттенком
 - б) налеты имеют гладкую поверхность
 - в) налеты имеют гребешки и складки на поверхности
 - г) при снятии налетов слизистая оболочка кровоточит
 - д) налеты легко растираются между шпателями
089. Для гипертоксической формы дифтерии ротоглотки характерны перечисленные признаки, за исключением
- а) развития характерных симптомов в течение 4-5 дней
 - б) высокой гипертермии с первых часов болезни
 - в) появления налетов на слизистой оболочке ротоглотки в первые сутки заболевания
 - г) отека слизистой оболочки ротоглотки и мягкого неба
 - д) распространения грязно-серых налетов на миндалинах и за их пределами
090. Какие из нижеследующих положений справедливы для дифтерии?
- а) у реконвалесцентов дифтерии формируется стойкий иммунитет
 - б) вакцинопрофилактика обеспечивает формирование стойкого антибактериального иммунитета
 - в) вакцинопрофилактика приводит к формированию анитоксического иммунитета
091. Что из перечисленного относительно дифтерии гортани является верным?
- а) поражение гортани обычно является первичным
 - б) характерны охриплость голоса и грубый лающий кашель
 - в) ведущим признаком является прогрессирующий стеноз гортани
 - г) поражение гортани сочетается с дифтерией зева
092. Какие мероприятия необходимы при подозрении на дифтерию?
- а) госпитализация в инфекционный стационар
 - б) взятие мазков из ротоглотки и носа на дифтерийный возбудитель
 - в) назначение антибиотиков широкого спектра действия
 - г) решение вопроса о госпитализации после получения результатов дополнительного обследования
093. Укажите путь передачи менингококковой инфекции
- а) воздушно-капельный
 - б) воздушно-пылевой
 - в) контактный
 - г) трансмиссивный
094. Укажите резервуары возбудителей при менингококковой инфекции
- а) лица - бактерионосители менингококков
 - б) больные менингококковым менингитом
 - в) домашние животные
 - г) больные острым менингококковым назофарингитом
095. Укажите характерную форму поражения нервной системы при менингококковой инфекции
- а) серозный менингит
 - б) гнойный менингит
 - в) полиомиелит
 - г) радикулоневрит
096. Укажите наиболее информативные методы верификации диагноза менингококковой инфекции
- а) клинический анализ крови
 - б) микроскопия толстой капли крови
 - в) выделение менингококка из носоглоточной слизи
 - г) выделение культуры менингококка из крови и ликвора
 - д) серологические реакции с антигеном менингококков
097. Выделите типичные признаки генерализованной формы менингококковой инфекции
- а) высокая лихорадка с ознобом
 - б) интенсивная головная боль

- в) звездчатая геморрагическая сыпь
 - г) ригидность мышц затылка
 - д) полимиозит
098. Укажите характерные признаки сыпи при менингококцемии

- а) появление на 3-4-й день болезни
- б) макулопапулезные элементы
- в) звездчатые геморрагические элементы
- г) быстрое развитие некрозов на месте высыпных элементов
- д) преимущественная концентрация сыпи на конечностях

099. При подозрении на неосложненную форму менингококкового менингита необходимо

- а) срочно госпитализировать пациента в инфекционный стационар
- б) направить пациента на консультацию к невропатологу
- в) решить вопрос о госпитализации пациента после дообследования

100. Укажите характерные признаки холеры

- а) многократная водянистая диарея
- б) примесь слизи и прожилок крови в испражнениях
- в) повторная рвота водянистыми рвотными массами
- г) схваткообразные боли в околопупочной области
- д) прогрессирующее развитие признаков дегидратации

Ответы к тестовому контролю

001 - б,в,д	021-а	041 - в,г	061-в	081-абд
002 - б,в,д	022- а,б,в,г	042 - б,в,г	062 - б,д	082-б
003-а	023-а	043 – а,б,в	063 - б,в,г	083-б
004 - а,в,д	024 - а,в,г	044 - абвд	064-б	084 - б,в,г
005-в,г	025-а	045 - б,д	065 - б,в	085-б
006 - а,б,г,д	026 - а,г,д	046 - а,в	066 - б,в,г	086 - а,б
007. а,в	027 - а,б	047 - в,г	067 - б,в	087- а,б,в,г
008-а,б,в,г,д	028-а	048-в	068-в	088 - а,в,г
009 - а,в,г,д	029-д	049 - а,в,г,д	069 - а,б,в,г	089-а
010-б	030 - б,в	050 - абвд	070 - а,б,в,г	090 - а,в
011 – а,б,г	031-б,в	051-а	071-а,б	091 - б,в,г
012-б,в,г,д	032 - б,в,д	052-б	072 - а,б	092 - а,б
013-а,в,г	033 - а,в,г	053 - б,в	073 - а,г	093-а
014 -а,д	034-в,г,д	054 - б,в	074 - б,в	094-а,б,г
015-а,б,в	035-в,г	055-в	075 - б,в	095-б
016- а,б,в,г,е	036-в	056-б,в,г	076-а	096-в,г,д
017-а,г,д	037-в,г	057 - б,в,г	077-а,б,в	097- а,б,в,
018-а,б,в	038-в,г,д	058-а,г	078 - а,б	098 - в,г,д
019-а,в,г,е	039-б	059 - а,в,д	079-б,в	099-а
020-в	040 – а,б,в	060-б,в	080 - а,в	100-а,в,д

4) Решить ситуационные задачи.

Рекомендуемая литература:

Основная:

24. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.
25. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.
Дополнительная:
25. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

РАЗДЕЛ «Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП»

Подраздел 2. «Туберкулез в ОВП»

Тема 1.1:

- 1.«Общие вопросы туберкулеза».
- 2.«Клинические проявления туберкулеза» .
- 3.«Профилактика туберкулеза в ОВП» .
- 4.«Туберкулез и беременность» .

Цель: к концу обучения раздела «Туберкулез и его профилактика в ОВП» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, чтобы эффективно оказывать соответствующую помощь пациентам по выявлению, профилактике и ведению пациентов с туберкулезом в разные возрастные периоды и у беременных в условиях ОВП.

Задачи:

1. Обучить проводить полное клиническое обследование пациентов с подозрением на туберкулез в условиях ОВП
2. Изучить распространенность туберкулеза в популяции и в регионе с учетом возраста и пола. В условиях ОВП обучить выявлять, проводить первичную диагностику и совместно со специалистом фтизиатром проводить лечение.
3. Обучить проводить профилактические и реабилитационные мероприятия по туберкулезу, выявлять основные факторы риска, влияющие на течение и прогноз заболевания.
4. Обучить устанавливать эффективные взаимоотношения с пациентами, имеющими туберкулез, и их семьями в условиях ОВП
5. Обучить организовать помощь пациентам с туберкулезом наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, совместно со специалистом фтизиатром.

Обучающийся должен знать:

1. Общие вопросы туберкулеза
 - 1.1. Противотуберкулезную службу, связь с ОВП
 - 1.1.1. Взаимодействие ВОП со специализированной фтизиатрической службой/специалистом фтизиатром
 - 1.2. Этиологию и клиническую патофизиологию
 - 1.3. Клиническую эпидемиологию
 - 1.3.1. Распространенность в популяции и в различных половозрастных группах
 - 1.3.2. Пути и способы передачи инфекции
 - 1.4. Естественное течение заболевания
 - 1.5. Факторы риска
 - 1.5.1. Контакт с больным с туберкулезом
 - 1.5.2. Возраст
 - 1.5.3. Нарушение технологии выполнения вакцинации БЦЖ
 - 1.5.4. Питание
 - 1.5.5. Алкоголизм
 - 1.5.6. Лекарственные препараты (глюкокортикостероиды и цитостатики) и радиационное воздействие
 - 1.5.7. Социальные условия (работа, жилье)
 - 1.5.8. Социальные группы риска, включая маргинальные группы
 - 1.5.9. Пеницитарная система
 - 1.5.10. Заболевания/состояния, связанные с высоким риском туберкулеза у взрослых и детей
2. Клинические проявления туберкулеза
 - 2.1. Легочная форма
 - 2.2. Внелегочная форма
 - 2.3. Особенности течения и осложнения туберкулеза у взрослых, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста и лиц с иммунодефицитом
 - 2.4. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков
 - 2.5. Остаточные изменения после перенесенного туберкулеза
3. Неотложные состояния

- 3.1. Легочное кровотечение
- 3.2. Дыхательная недостаточность
- 3.3. Пневмоторакс
- 4. Диагностику туберкулеза
 - 4.1. Клиническое обследование (опрос, включая эпиданамнез, физикальный осмотр)
 - 4.2. Неинвазивные методы исследования
 - 4.2.1. Лабораторные микробиологические методы исследований:
 - 4.2.1.1. Микроскопия (бактериоскопия) исследуемого материала
 - 4.2.1.2. Посевы на питательные среды исследуемого материала
 - 4.2.1.3. Иммунодиагностика туберкулеза (определение специфических противотуберкулезных антител и антигенов микобактерий туберкулеза)
 - 4.2.2. Проба Манту
 - 4.2.3. Рентгенография
 - 4.2.4. Крупнокадровая флюорография
 - 4.2.5. Компьютерная томография
 - 4.2.6. Ультразвуковое исследование
 - 4.3. Инвазивные методы исследования (показания, противопоказания, диагностическая ценность)
 - 4.3.1. Морфологическая диагностика биоптата
 - 4.3.2. Исследование промывных вод бронхов
- 5. Клиническую фармакологию. Основные группы:
 - 5.1. Противотуберкулезные химиотерапевтические средства:
 - 5.1.1. Препараты основного ряда
 - 5.1.1.1. Изониазид
 - 5.1.1.2. Рифампицин
 - 5.1.1.3. Пиразинамид
 - 5.1.1.4. Этамбутол
 - 5.1.1.5. Стрептомицин
 - 5.1.2. Препараты резервного ряда
 - 5.1.2.1. Протионамид (этионамид)
 - 5.1.2.2. Канамицин,
 - 5.1.2.3. Амикацин
 - 5.1.2.4. Капреомицин
 - 5.1.2.5. Циклосерин
 - 5.1.2.6. Рифабутин
 - 5.1.2.7. Фторхинолоны
 - 5.1.2.8. ПАСК
 - 5.1.3. Комбинированные противотуберкулезные лекарственные препараты
 - 5.2. Симптоматическая терапия
- 6. Немедикаментозные методы лечения
 - 6.1. Диета
 - 6.2. Режим
 - 6.3. ЛФК
- 7. Профилактику туберкулеза в ОВП
 - 7.1. Немедикаментозная
 - 7.1.1. Пища
 - 7.1.2. Личная гигиена
 - 7.1.3. Образ жизни
 - 7.1.4. Профессия
 - 7.2. Химиопрофилактика туберкулеза
 - 7.2.1. Первичная (у контактных лиц)
 - 7.2.2. Вторичная (у здоровых инфицированных микобактериями туберкулеза)
 - 7.3. Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация
 - 7.4. Диспансеризация
 - 7.5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции
- 8. Туберкулез и беременность
- 9. Реабилитацию
 - 9.1. Питание
 - 9.2. ЛФК

- 9.3. Физиотерапия
- 9.4. Психотерапия
- 9.5. Физическая активность
- 9.6. Лечение в специализированных противотуберкулезных санаториях
- 10. Психосоциальные проблемы
 - 10.1. Социальная адаптация
 - 10.2. Изменения в семье, имеющей больного туберкулезом

Обучающийся должен уметь:

врач должен иметь необходимые навыки, чтобы применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов с туберкулезом, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Историей болезни пациента с туберкулезом:

1. Опросом (жалобы, анамнез, включая эпиданамнез)
2. Физикальным осмотром

Лабораторными исследованиями:

1. *Взятием и приготовлением мазков, материала для исследования на микобактерии туберкулеза*
 - 1.1. Мокроты
 2. Интерпретацией данных микробиологических исследований на микобактерии туберкулеза:
 - 2.1. Микроскопией (бактериоскопия)
 - 2.2. Посевом на питательные среды

Методами диагностики, процедуры/манипуляции:

1. Интерпретацией пробы Манту
2. Методикой чтения рентгенограмм

Оказанием неотложной помощи пациентам с туберкулезом:

1. Легочным кровотечением
2. Дыхательной недостаточностью
3. Пневмотораксом

Ведением пациентов с туберкулезом после выписки из стационара

Навыками консультации:

1. Обучением пациентов личной гигиене
2. *Профилактическими рекомендациями пациенту с туберкулезом:*
 - 2.1. Здоровый образ жизни
 - 2.2. Назначение физических нагрузок
 - 2.3. Питание
 - 2.4. Употребление алкоголя
 - 2.5. Консультирование семьи, имеющего больного туберкулезом
 - 2.6. Консультирование семьи/родителей о проведении детям вакцинации/ревакцинации БЦЖ,

Организационной работой в ОВП по проведению противотуберкулезных профилактических мероприятий, ведению пациентов с подозрением на туберкулез и с установленным диагнозом туберкулеза:

1. *Медицинской экспертизой:*
 - 1.1. Экспертизой временной нетрудоспособности

2. *Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:*
 - 2.1. Организацией вакцинации/ревакцинации организованных и неорганизованных контингентов детей дошкольного и школьного возраста
 - 2.2. Организацией маршрута пациента с туберкулезом: диагностика, лечебные, оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация
 - 2.3. Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи больным туберкулезом

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

32. Характеристика возбудителя туберкулеза, пути передачи инфекции, группы риска.
33. Эпидемиологические показатели по туберкулезу. Патогенез, начальные проявления первичной туберкулезной инфекции.
34. Первичный туберкулез. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.
35. Вторичный туберкулез. Очаговый туберкулез легких. Инфильтративный туберкулез легких: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
36. Диссеминированный туберкулез легких: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
37. Внегочечный туберкулез (туберкулез периферических лимфатических узлов, костей и суставов, мочевыводящих путей). Клиника, диагностика.
38. Раннее выявление туберкулеза. Туберкулинодиагностика.
39. Своевременное выявление туберкулеза. Флюорографическое обследование.
40. Неотложные состояния: легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
41. Течение туберкулеза во время беременности.
42. Профилактика туберкулеза.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: предварительный диагноз, диф. диагноз, опорные диагностические критерии, факторы риска, организация ведения пациента в условиях ОВП, характеристика основных лекарственных препаратов и немедикаментозных методов лечения и профилактики.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Ситуационная задача 1.

При проф. осмотре в школе № 243 на флюорографии обнаружены очаги затемнения в верхушке правого легкого у школьника В., который был направлен в тубдиспансер для обследования.

Задания:

1. Назовите род и вид основного возбудителя туберкулеза у человека, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. В чем особенности химического состава туберкулезной палочки и как их установить?
3. Какой метод окраски применяется для выделения туберкулезной палочки? В какой цвет окрашиваются туберкулезные палочки и остальная флора?
4. Что служит исследуемым материалом при туберкулезе в зависимости от формы заболевания, требования к транспортировке и доставке в лабораторию?
5. Чем осуществляется специфическая профилактика туберкулеза, характеристика препарата?

Ответы:

1. Род - микобактерии; вид - (*Hominis*) - человеческий; грамположительные полиморфные палочки.
2. Туберкулезная палочка содержит большое количество (до 40%) жировоска и жирных кислот, благодаря чему она устойчива к спирту, кислотам и щелочам.
3. Туберкулезная палочка выявляется методом окраски по Цилю-Нильсену. Она окрашивается в красный цвет, а остальная флора в синий.

4. Исследуемым материалом при туберкулезе легких служит мокрота, если нет отделяемого, то промывные воды бронхов. При туберкулезе почек - моча, при туберкулезном менингите - спинномозговая жидкость. Доставлять в лабораторию необходимо в металлическом контейнере мед. работником не позднее 2 часов. Ликвор необходимо доставить тотчас же в термokonтейнере.

5. Профилактика осуществляется живой вакциной БЦЖ на 3-5-й день жизни ребенка в род. домах.

Пример задачи с разбором по алгоритму

Ситуационная задача 2

Мужчина 57 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, повышенную потливость, слабость, повышение температуры тела до 37,40С.

Из анамнеза: 10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации в обеих легких выслушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы и в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания.

Рентгенологически - наличие очагов полиморфного характера в обоих легких

Анализ крови: э - $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 142 г/л, л - $9,2 \times 10^9/л$, п - 2, с - 78, л - 12, м - 8, СОЭ - 25 мм/час.

В мокроте МБТ методом бактериоскопии не обнаружены.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определиться с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Эталон ответов к ситуационной задаче

1. Предварительный диагноз: подострый диссеминированный туберкулез легких.
2. План дополнительного обследования: ан. мокроты и мочи на МБТ методом посева, общий анализ мочи, консультация отоларинголога, томографическое исследование легких, туберкулиновые пробы, бронхоскопия.
3. В пользу туберкулезной этиологии процесса свидетельствует: нерезко выраженные проявления клинических симптомов, характерная рентгенологическая картина: наличие очагов полиморфного характера в обоих легких, умеренные изменения в картине крови.
4. Больному показано лечение в специализированном ЛПУ, направить в ПТД.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Ситуационная задача 1

Больной П., 35 лет, в 16-летнем возрасте перенес экссудативный плеврит, спустя 20 лет у него был выявлен диссеминированный туберкулез легких в фазе распада. МБТ +. Лечился 14 месяцев в стационаре и санатории. Отмечено прекращение бактериовыделения, рассасывание и уплотнение очагов в легких, но справа во 2-ом сегменте сформирована полость с толстыми стенками. От хирургического лечения больной отказался.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. При перкуссии справа над правой верхушкой легкого сзади определяется притупление легочного звука: в этой же зоне при покашливании определяются стойкие влажные хрипы среднего калибра. Со стороны других систем и органов при физикальном обследовании отклонений не выявлено.

Анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, л - $8,0 \times 10^9/л$, п - 0, с/я - 75, лимф. - 20, м - 5, СОЭ - 12 мм/час.

Задание

1. Поставить клинический диагноз и обосновать его.
2. Тактика ВОП в отношении данного больного.

Ситуационная задача 2

У больной М., 27 лет, две недели назад появилась слабость, потливость, субфебрильная температура, одышка, боли в груди слева. Лечилась с диагнозом ОРЗ без улучшения. Одышка нарастала, повысилась температура тела до 39⁰С, хотя боли в груди слева уменьшились.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно слева ниже 1У ребра определяется притупление. Дыхание в этой зоне не выслушивается. Органы брюшной полости не изменены.

Анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}$, Нв - 140 г/л, л - 12×10^9 , п - 2, с - 80, л - 12, м - 6, СОЭ - 38 мм/час.

В мокроте МБТ не обнаружены.

Задание

1. Установить предварительный диагноз с учетом этиологии заболевания.
2. Наметить план дальнейшего обследования с указанием возможных результатов.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Тактика ведения пациента в условиях ОВП.

Ситуационная задача 3

Больная 52 лет, жалуется на одышку, кашель с мокротой зеленоватого цвета, слабость, потливость. Считает себя больной в течение многих лет. Болезнь протекала волнообразно, вначале с редкими, а затем с более частыми обострениями. В последнее время ухудшился аппетит, заметила похудание, усилилась одышка. При осмотре отмечено укорочение перкуторного звука на верхушке правого легкого. Здесь же прослушивается резко ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком, скудные сухие хрипы. Над нижними отделами легких дыхание ослаблено, вдох удлинен. Границы сердца определяются неотчетливо из-за коробочного оттенка.

Анализ крови: эр. - $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 100 г/л, л - $9,0 \times 10^9/л$, п/я - 2, с/я - 82, лимф. - 10, м - 6, СОЭ - 30 мм/час.

Анализ мочи: без патологии.

В анализе мокроты большое количество лейкоцитов, эластические волокна. Однократно обнаружены БК методом Циля-Нильсона.

Задание

1. Составить дифференциально-диагностический ряд.
2. Обосновать предварительный диагноз.
3. Составить план дополнительного обследования.
4. Определить тактику ведения пациента в условиях ОВП.

Ситуационная задача 4

Больной К., 29 лет, работает на ЯМЗ. В течение последних трех месяцев стал отмечать периодические подъемы температуры до $38^{\circ}C$, нарастание слабости, сонливости, похудания, повышенную потливость. Больной продолжал работать, но два дня назад появилось кровохарканье, что заставило обратиться к врачу.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстает в дыхании. При перкуссии - притупление звука в области верхней доли правого легкого. Дыхание в этой зоне жесткое, после покашливания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс - 92 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Живот безболезненный при пальпации. Печень не увеличена.

Гемограмма: э - $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 134 г/л, л - $11,2 \times 10^9/л$, п - 2, с - 78, л - 16, м - 4, СОЭ - 28 мм/час.

Задание

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику ведения пациента в условиях ОВП.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы ординаторов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля):
 1. Характеристика возбудителя туберкулеза, пути передачи инфекции, группы риска.
 2. Эпидемиологические показатели по туберкулезу. Патогенез, начальные проявления первичной туберкулезной инфекции.
 3. Первичный туберкулез. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.
 4. Вторичный туберкулез. Очаговый туберкулез легких. Инфильтративный туберкулез легких: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
 5. Диссеминированный туберкулез легких: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
 6. Внелегочный туберкулез (туберкулез периферических лимфатических узлов, костей и суставов, мочевыводящих путей). Клиника, диагностика.

7. Раннее выявление туберкулеза. Туберкулинодиагностика.
8. Своевременное выявление туберкулеза. Флюорографическое обследование.
9. Неотложные состояния: легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
10. Течение туберкулеза у беременных.
11. Профилактика туберкулеза.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Укажите один правильный ответ

001. Основным методом выявления раннего периода первичной туберкулезной инфекции является:
- А. обследование по контакту;
 - Б. туберкулинодиагностика;
 - В. выявление по обращаемости;
 - Г. бактериологические исследования.
002. Диагностическими критериями первичного инфицирования микобактериями туберкулеза являются:
- А. параспецифические реакции;
 - Б. гиперергия к туберкулину;
 - В. вираж туберкулиновой чувствительности;
 - Г. синдром интоксикации и реакция периферических лимфатических узлов.
003. Ведущим путем проникновения возбудителя в организм при первичном инфицировании микобактериями туберкулеза является:
- А. алиментарный;
 - Б. аэрогенный;
 - В. трансплацентарный;
 - Г. контактный.
004. Риск развития заболевания туберкулезом после первичного инфицирования наиболее высок в:
- А. раннем возрасте;
 - Б. дошкольном возрасте;
 - В. младшем школьном возрасте;
 - Г. подростковом возрасте.
005. Первичный туберкулезный комплекс - это:
- А. поражение внутригрудных лимфатических узлов и очагов в легочной ткани;
 - Б. очаг в легком, лимфангит, идущий к корню, и поражение регионарных лимфоузлов;
 - В. поражение лимфоузлов, стенки прилежащего бронха и очаги в легочной ткани;
 - Г. поражение лимфоузлов, стенки прилежащего бронха, пневмонический фокус в легочной ткани.
006. Основным методом выявления туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов является:
- А. клиническая картина заболевания;
 - Б. туберкулинодиагностика;
 - В. флюорографическое обследование;
 - Г. рентгено-томографическое обследование.
007. Первичной формой туберкулеза органов дыхания является:
- А. туберкулёма легких;
 - Б. бронхолегочное поражение;
 - В. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
 - Г. инфильтративный туберкулез легких.
008. Вакцина БЦЖ содержит:
- А. продукты жизнедеятельности микобактерий туберкулеза;
 - Б. инактивированные микобактерий туберкулеза;
 - В. анатоксин;
 - Г. живые, безвредные, аттенуированные микобактерий туберкулеза.
- Укажите все правильные ответы
009. При туберкулезном менингите в ликворе характерны изменения в виде:
- А. снижения уровня сахара;
 - Б. повышение уровня сахара;
 - В. выпадение фибриновой пленки;
 - Г. снижение уровня белка.

Укажите один правильный ответ

010. Положительной нормергической реакцией на туберкулин считается:

- А. уколочная;
- Б. инфильтрат 5-16 мм;
- В. инфильтрат 17 мм и более;
- Г. гиперемия или инфильтрат 2-4 мм.

Укажите все правильные ответы

011. Гиперергической реакцией на туберкулин является:

- А. инфильтрат 5-16мм;
- Б. гиперемия или инфильтрат 2-4 мм;
- В. инфильтрат от 5 до 16 мм с некрозом или отсевами;
- Г. инфильтрат 17 мм и более.

Укажите один правильный ответ

012. Основным диагностическим методом выявления туберкулеза периферических лимфатических узлов является:

- А. ультразвуковое исследование;
- Б. биопсия;
- В. рентгенографическое исследование.

Укажите все правильные ответы

013. Основными целями и задачами массовой туберкулинодиагностики являются:

- А. выявление первичного инфицирования;
- Б. оценка активности туберкулезного процесса;
- В. выявление лиц с нарастанием и гиперергическими реакциями к туберкулину;
- Г. отбор для ревакцинации БЦЖ;
- Д. определение уровня инфицирования населения микобактериями туберкулеза.

014. Критериями «виража» туберкулиновой чувствительности являются:

- А. переход отрицательной реакции в предшествующем году в положительную;
- Б. переход положительной реакции в гиперергическую;
- В. переход сомнительной реакции в предшествующем году в положительную;
- Г. нарастание размера реакции на 6 мм и более по сравнению с предыдущим годом при ранее наблюдавшейся послевакциной аллергии.

015. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ позволяет:

- А. снизить летальность от туберкулеза;
- Б. предотвратить инфицирование;
- В. снизить заболеваемость туберкулезом;
- Г. снизить тяжесть течения туберкулеза.

016. Противопоказаниями для грудного вскармливания при туберкулезе у матери являются:

- А. туберкулез легких в фазе кальцинации;
- Б. туберкулез молочных желез;
- В. диссеминированный туберкулез;
- Г. активный туберкулез легких при наличии бактериовыделения;
- Д. обострение туберкулеза выявленного после родов.

017. Показаниями для химиопрофилактики туберкулеза являются:

- А. аллергия неясной этиологии;
- Б. ранний период первичной туберкулезной инфекции;
- В. нарастание чувствительности или гиперергия к туберкулину;
- Г. хронические неспецифические заболевания легких;
- Д. контакт с больным туберкулезом.

018. Перечислите наиболее частые методы выявления туберкулеза у подростков:

- А. массовая туберкулинодиагностика;
- Б. массовая флюорография;
- В. по обращаемости;
- Г. по контакту;
- Д. массовое бактериологическое обследование.

019. Укажите вторичные формы туберкулеза:

- А. инфильтративный туберкулез легких;

- Б. первичный туберкулезный комплекс;
 В. туберкулёма легких;
 Г. туберкулез внутригрудных лимфоузлов;
 Д. очаговый туберкулез легких.
020. Источниками инфицирования туберкулезом у детей и подростков являются:
 А. дети и подростки в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции;
 Б. больные бактериовыделители;
 В. больные туберкулезом животные;
 Г. предметы обихода, зараженные больным туберкулезом.
021. Основными целями химиопрофилактики туберкулеза являются:
 А. предупреждение инфицирования микробактериями туберкулеза;
 Б. профилактика заболеваний у инфицированных;
 В. предупреждение рецидива у перенесших туберкулез.
 Укажите один правильный ответ
022. Диспансерное наблюдение ребенка в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции осуществляется по группе учета:
 А. III;
 Б. IV-A;
 В. VI-A;
 Г. VI-B.
023. Диспансерное наблюдение за детьми из контакта с больным туберкулезом проводится по группе учета:
 А. IV-A;
 Б. V-A;
 В. VI-A;
 Г. VII-A.
024. Ребенку, не вакцинированному БЦЖ в родильном доме, проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л проводится в возрасте:
 А. 1 мес.;
 Б. 2 мес.;
 В. 6 мес.;
 Г. 12 мес.
 Укажите все правильные ответы
025. Ревакцинация БЦЖ проводится в возрасте:
 А. 4-5 лет;
 Б. 7 лет;
 В. 12-13 лет;
 Г. 14 лет.
 Укажите один правильный ответ
026. Диспансерное наблюдение детей с гиперергией к туберкулину проводится по группе учета:
 А. IV-A;
 Б. VI-A;
 В. VI-B;
 Г. VI-B.
027. Применение химиопрепаратов при туберкулезе направлено на:
 А. стимуляцию клеточного иммунитета;
 Б. микобактерии туберкулеза;
 В. подавление сапрофитной флоры.
 Укажите один правильный ответ
028. Бронхолегочное поражение при туберкулезе - это:
 А. поражение бронха и ателектаз;
 Б. ателектаз и неспецифическое воспаление;
 В. поражение бронха, ателектаз, неспецифическое и специфическое воспаление;
 Г. поражение бронха и неспецифическое воспаление.
 Укажите все правильные ответы
029. Наиболее часто бронхолегочные осложнения при туберкулезе необходимо дифференцировать с:
 А. очаговой пневмонией;
 Б. сегментарной пневмонией;

В. синдром инородного тела.

Укажите один правильный ответ

030. Туберкулезный менингит является:

А. серозным;

Б. гнойным.

Укажите все правильные ответы

031. Характерными изменениями в ликворе при туберкулезном менингите являются:

А. повышение белка до 1.5 г/л и более;

Б. лимфоцитарный цитоз;

В. выпадение фибриновой пленки;

Г. нейтрофильный цитоз.

032. Основными препаратами для лечения туберкулеза являются:

А. амикацин;

Б. изониазид (тубазид);

В. ампициллин;

Г. стрептомицин;

Д. пипразинамид.

033. По классификации в развитии туберкулеза периферических лимфатических узлов выделяют фазы:

А. свищевую;

Б. инфильтративную;

В. казеозную;

Г. индуративную.

Укажите один правильный ответ

034. Рентгенологическим признаком кавернозного туберкулеза является:

А. ограниченное затемнение с четкими контурами в пределах одного

сегмента;

Б. округлая тень размером более 1 см;

В. множественные очаги двусторонней локализации;

Г. кольцевидная тень.

035. Рентгенологическим симптомом при туберкулезе легкого является:

А. затемнение в легком, связанное дорожкой с расширенным корнем;

Б. кольцевидная тень;

В. округлая тень размером более 1 см;

Г. ограниченное затемнение с четкими контурами в пределах одного сегмента.

036. Рентгенологически для саркоидоза характерно:

А. значительное увеличение внутригрудных лимфоузлов всех групп;

Б. одностороннее увеличение бронхопульмональных, трахеобронхиальных лимфоузлов с нечеткими контурами;

В. значительное двустороннее увеличение лимфоузлов бронхопульмональной группы.

037. Рентгенологически для милиарного туберкулеза легких характерно:

А. симметричные мелкоочаговые тени преимущественно в средних и нижних отделах легких, расширение правых отделов сердца;

Б. мелкоочаговые тени по ходу сосудов в обоих легких на фоне обедненного сосудистого рисунка;

В. очаговые изменения преимущественно в средних и нижних отделах легких с расплывчатыми контурами, выраженное усиление легочного рисунка;

Г. диффузные изменения в легких в виде усиления легочного рисунка и его деформация с грубыми ячеистолинейными структурами.

038. Для милиарного туберкулеза легких характерны физикальные изменения при:

А. перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, свистящие хрипы;

Б. перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, после 10-го дня заболевания могут появиться влажные хрипы;

В. перкуссии - укорочение легочного звука, при аускультации - ослабленное дыхание;

Г. перкуссии - коробочный звук, при аускультации - мелкопузырчатые влажные хрипы.

039. Проба Манту считается сомнительной при появлении на коже:

А. уколочной реакции;

Б. инфильтрата 5 мм;

В. инфильтрата 2-4 мм или гиперемии любого размера.

040. Проба Манту считается отрицательной при появлении на коже:

А. инфильтрата 5 мм;

Б. инфильтрата 17 мм и более;

В. инфильтрата 2-4 мм или гиперемии любого размера;

Г. уколочной реакции.

041. Характерными морфологическими изменениями в периферических лимфатических узлах при туберкулезе являются:

А. моноцитарная инфильтрация, эпителиоидные клетки в кортикальных зонах;

Б. клетки Березовского-Штернберга;

В. эпителиоидные гранулемы с единичными клетками Пирогова-Лангханса, гиалиноз;

Г. лимфоидные, эпителиоидные и гигантские клетки Пирогова-Лангханса, казеоз.

Ответы к тестовому контролю

001 – б	021-а,б,в	041 - г	
002 - в	022- в		
003-б	023-а		
004 - а	024 – в		
005-б	025-б,г		
006 - б	026 – в		
007. в	027 - б		
008-г	028-в		
009 - а	029-б,в		
010-б	030 – а		
011 – в,г	031- а,б,в		
012-б	032 – б		
013-а,в,г,д	033 – б,в,г		
014 –а,в,г	034-г		
015-а,в,г	035-в		
016- ,б,в,г,д	036-в		
017-б,в,д	037-а		
018-в,г	038-б		
019-а,в,д	039-в		
020-б,в	040 – г		

4) Решить ситуационные задачи.

Ситуационная задача 1

При проф. осмотре в школе № 243 на флюорографии обнаружены очаги затемнения в верхушке правого легкого у школьника В., который был направлен в тубдиспансер для обследования.

Задания:

1. Назовите род и вид основного возбудителя туберкулеза у человека, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. В чем особенности химического состава туберкулезной палочки и как их установить?
3. Какой метод окраски применяется для выделения туберкулезной палочки? В какой цвет окрашиваются туберкулезные палочки и остальная флора?
4. Что служит исследуемым материалом при туберкулезе в зависимости от формы заболевания, требования к транспортировке и доставке в лабораторию?
5. Чем осуществляется специфическая профилактика туберкулеза, характеристика препарата?

Ситуационная задача 2

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 и плеврального выпота справа, умеренный асцит. Температура тела 37,6 С.

Рентгенологически: правое легочное 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.
Ваше мнение? Тактика лечения.

Ситуационная задача 3

Подросток А., 16 лет, направлен к педиатру в связи с выявленными изменениями в верхней доле правого легкого при прохождении флюорографии на призывной комиссии. Жалоб нет. Последняя туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ проводилась 2 года назад, р.9мм. Ранее рентгенологически не обследовался. В течение 2-х лет состоит на учете с язвенной болезнью желудка.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, со стороны легких, сердечно - сосудистой системы, органов брюшной полости патологии не выявлено. Кожа чистая, периферические лимфатические узлы не увеличены.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: в S1 справа определяются немногочисленные тени до 1 см в диаметре, слабой интенсивности, с нечеткими наружными контурами. Слева без особенностей.

Корень и тень средостения не изменены. Правый реберно-диафрагмальный синус пониженной прозрачности.

Общий анализ крови: Эр-4,08x 10¹²/л, Нб- 125г/л, цв.п.- 0,9, Ле- 5,0x10⁹/л, э- 1%, п/я- 5%, с/я- 70% лимф.- 4%, СОЭ- 15 мм/час.

Проба Манту с 2 ТЕ в 14 лет - р.9мм, в настоящее время-р.20мм.

В мокроте 3-хкратно методом бактериоскопии микобактерии туберкулеза не обнаружены.

Задание

1. Оцените результаты лабораторного обследования, туберкулинодиагностики, рентгенограммы легких.
2. Укажите необходимые дополнительные сведения из анамнеза жизни.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Отрадите тактику ведения данного подростка, необходимость в госпитализации.

Ситуационная задача 4

Больной С., 65 лет. Спустя 2 месяца после перенесенного инфаркта миокарда появился внезапно возникающий приступ удушья с болью и кровохарканьем, субфебрильной температурой. Развилась правожелудочковая недостаточность и геморрагический выпот. Печень увеличена на 3 см от края реберной дуги.

В анализе крови лейкоцитоз-11,0x10⁹/лСОЭ-42мм/час.

Гемограмма без патологии.

Ваше мнение? Тактика дообследования и лечения?

Ситуационная задача 5

Больная С., 16 лет, учащаяся 10 класса. Направлена в поликлинику туберкулезного диспансера с жалобами на боли в области грудной клетки справа, покашливание, одышку при ходьбе, слабость, субфебрильную температуру.

Анамнез жизни: в возрасте 15 лет имела кратковременный квартирный контакт с больным активным туберкулезом, ВК-. Вакцинация БЦЖ в родильном доме, ревакцинация в 1 и 8 классе. В семье: родители, брат 2 года.

Анамнез заболевания: описанные выше жалобы появились 10 дней назад. К врачу не обращалась и не лечилась.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. На левом плече 3 рубчика 5-6-4 мм. Периферические лимфоузлы не пальпируются. При перкуссии отмечается укорочение легочного звука справа от 4-го ребра, здесь же ослабленное дыхание. Тоны сердца ритмичные, пульс 96 в/мин., АД – 110/70 мм рт.ст.

На обзорной рентгенограмме легких гомогенное интенсивное затемнение справа над диафрагмой,

синус не дифференцируется. Легочные поля без очаговых, инфильтративных изменений. Корни структурны, не увеличены. Сердечная тень в пределах нормы.

Общий анализ крови: Эр- $4.08 \times 10^{12}/л$, Нв-125 г/л, цв.п.-0,91, Ле- $8,8 \times 10^9/л$, п/я -2%, с/я- 82%, лимф-13%, м-3%,СОЭ-18мм/час.

Плевральная пункция: удалено 370 мл жидкости соломенного цвета, слегка опалесцирующей. Удельный вес 1030, проба Ривальта++, лимф.-78%, эритроциты, клетки мезотелия единичные. Обнаружены микобактерии туберкулеза.

Проба Манту с 2 ТЕ- р.6мм, лимфангаит. В 14 лет - отриц., 15 лет –р.3мм.

Задание

1. Оцените эффективность ревакцинации девочки в 8 классе, проанализируйте данные туберкулиновых проб, лабораторных исследований.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Подлежит ли больная учету как бактериовыделитель?
4. Наметьте план дополнительного обследования.
5. Перечислите объем профилактических мероприятий в семье.

Рекомендуемая литература:

Основная:

26. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.
27. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.

Дополнительная:

26. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

Раздел . «Болезни нервной системы в ОВП»

Темы:

1. «Факторы риска заболеваний/состояний нервной системы».
2. «Основные симптомы, синдромы и заболевания нервной системы встречающиеся в ОВП».
3. «Диагностика заболеваний/состояний нервной системы».
4. «Поражения нервной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем».
5. «Лекарственные поражения нервной системы».
6. «Соматоформные расстройства, имитирующие неврологические заболевания».
7. «Нарушения нервной системы и беременность».
8. «Местное лечение – блокады местными анестетиками болевых синдромов».
9. «Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы в ОВП».
10. «Неотложные состояния».

Цель: К концу обучения раздела «Болезни и состояния нервной системы в ОВП» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, необходимые для эффективного оказания соответствующей помощи пациентам с заболеваниями нервной системы в разные возрастные периоды; уметь определить показания для направления к амбулаторным специалистам и в стационар.

Задачи:

1. Уметь проводить полное клиническое, включая неврологическое, обследование пациентов с заболеваниями/состояниями нервной системы в условиях ОВП
2. Знать распространенность основных состояний/заболеваний нервной системы в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Проводить профилактические и реабилитационные мероприятия наиболее часто встречающихся состояний/заболеваний нервной системы и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Уметь устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния нервной системы, и их семьями в условиях ОВП
5. Уметь организовать помощь пациентам с заболеваниями/состояниями нервной системы наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

Обучающийся должен знать:

- семиотику заболеваний нервной системы;
- клиническое проявление распространенных заболеваний периферической нервной системы и головного мозга у детей и взрослых;
- клиническую картину заболеваний вегетативной нервной системы;
- клинические синдромы неотложных состояний в невропатологии;
- принципы фармакотерапии часто встречающихся заболеваний нервной системы.

Заболевания нервной системы:

Основные симптомы, синдромы и нозологические формы:

- Головная боль
- Головокружение
- Деменция
- Эпилептические припадки
- Расстройства сна и бодрствования
- Паралич мимических мышц, лицевая боль, онемение лица
- Гиперкинезы
- Инсульт
- Инфекционные болезни нервной системы
- Токсические поражения нервной системы
- Нейропатии
- Болезни мышц
- Паркинсонизм
- Дегенеративные заболевания
- Нарушения сознания
- Травматические повреждения головного мозга.

Обучающийся должен уметь:

применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов, имеющих проблемы/состояния/заболевания со стороны нервной системы, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении навыкам/процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении,
- особенности их проведения у детей и пожилых.

Обучающийся должен владеть:

- 1 ***Историей болезни пациента, имеющего патологию нервной системы:***
 - 1.1 (Опросом, включая семейный анамнез, и физикальный осмотр)
- 2 ***Методами диагностики, процедурами/манипуляциями:***
 - 2.1 Неврологическим обследованием:
 - 2.1.1 12 пар черепно-мозговых нервов
 - 2.1.2 патологические рефлексы
 - 2.1.3 менингеальные симптомы
 - 2.1.4 моторные качества (поза, мышечный тонус, контрактуры, атрофии мышц)
 - 2.1.5 тактильная и болевая чувствительность
 - 2.1.6 рефлексы (сухожильные, периостальные, кожные и со слизистых оболочек)
 - 2.1.7 координация движений
 - 2.1.8 натяжения нервных стволов
 - 2.1.9 статические и динамические функции позвоночника
 - 2.1.10 пальпация сосудистых точек головы и шеи
 - 2.1.11 тесты на выявление гиперкинезов
 - 2.1.12 функции речи, письма, чтения, гнозиса, праксиса
 - 2.2 Исследованием вегетативной нервной системы:
 - 2.2.1 тест с глубоким дыханием
 - 2.2.2 проба с давлением на глазные яблоки
 - 2.2.3 сжатие кисти в кулак
 - 2.2.4 проба с динамометром
 - 2.2.5 Ортостатическая и клиноостатическая пробы
 - 2.2.6 исследование дермографизма
 - 2.3 Составление родословных таблиц
 - 2.4 Методика чтения рентгенограмм
 - 2.5 Понимание данных ангиограмм
- 3 ***Оказанием неотложной помощи пациентам с состояниями/заболеваниями нервной системы:***
 - 3.1 Мозговая кома
 - 3.2 Острая спутанность сознания
 - 3.3 Обморок
 - 3.4 Мигренозный статус
 - 3.5 Острые нарушения мозгового кровообращения
 - 3.6 Отек головного мозга
 - 3.7 Судорожные состояния, эпилептический статус
 - 3.8 Менингит
 - 3.9 Черепно-мозговая травма
 - 3.10 Вегетативные кризы
- 4 ***Ведением пациентов после выписки из стационара с заболеваниями нервной системы, включая хирургические вмешательства.***
- 5 ***Навыками консультации:***
 - 5.1 Обучением пациентов с факторами риска инсульта
 - 5.2 Профилактическими рекомендациями пациенту с состояниями/заболеваниями нервной системы:
 - 5.2.1 Здоровый образ жизни
 - 5.2.2 Табакокурение
 - 5.2.3 Назначение физических нагрузок
 - 5.2.4 Питание
 - 5.2.5 Употребление алкоголя
 - 5.2.6 По профессиональной деятельности/вредности

- 5.2.7 По экологическим факторам, влияющим на возникновение или прогрессирование имеющегося заболевания
- 5.2.8 Консультирование семьи, имеющего больного с хроническими заболеваниями нервной системы
- 5.2.9 Консультирование семьи, имеющего больного со злокачественными заболеваниями нервной системы
- 6 **Организационной работой в ОВП по ведению пациентов с заболеваниями нервной системы:**
 - 6.1 *Медицинской экспертизой:*
 - 6.1.1 Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности
 - 6.1.2 Проведением врачебной комиссии (ВК)
 - 6.1.3 Определение медицинских показаний к трудоустройству
 - 6.2 *Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:*
 - 6.2.1 Организацией маршрута пациента, имеющего заболевания нервной системы: диагностика, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация
 - 6.2.2 Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам и больным с тяжелыми хроническими заболеваниями нервной системы

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Полное клиническое, включая неврологическое, обследование пациентов с заболеваниями/состояниями нервной системы в условиях ОВП
2. Распространенность основных состояний/заболеваний нервной системы в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Профилактические и реабилитационные мероприятия наиболее часто встречающихся состояний/заболеваний нервной системы и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Установление эффективных долгосрочных взаимоотношений с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния нервной системы, и их семьями в условиях ОВП
5. Организация помощи пациентам с заболеваниями/состояниями нервной системы наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (неврологический осмотр пациента).

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач.* Предварительный синдромальный диагноз. Признаки серьезного заболевания. Факторы риска. Особенности сбора анамнеза. Необходимо обратить внимание. Особенности ведения пациента. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов. Профилактика.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму:*

Мужчина 49 лет, страдает алкоголизмом, хроническим синуситом. У больного отмечается ригидность затылочных мышц, спутанность сознания, лихорадка (фебрильные цифры), диффузная петехиальная сыпь, не возвышающаяся над поверхностью кожи. Симптомы Кернига и Брудзинского положительные.

Предварительный диагноз: Бактериальный менингит

Признаки серьезного заболевания

Все пациенты с подозрением на БМ должны быть изолированы в отдельный бокс и немедленно направлены на консультацию/госпитализацию в стационар (инфекционное отделение, неврология). При наличии следующих симптомов пациент должен быть немедленно проконсультирован (анестезиологом-реаниматологом, инфекционистом и невропатологом):

Быстро прогрессирующее возникновение сыпи;

Дыхательная недостаточность;

Периферическое кровообращение: слабый пульс, гипотензия (систолическое АД < 90 мм.рт.ст.), олигурия;

Центральное кровообращение: брадикардия (<40 уд/мин) или тахикардия (>140 уд/мин), гипертензия;

Неврологическая симптоматика: судорожный синдром, очаговая неврологическая симптоматика, отек соска зрительного нерва;

Спутанное сознание.

Факторы риска

Пребывание в местах эндемичных по менингококковой инфекции, пожилой возраст, истощение, асоциальный образ жизни (алкоголизм, травмы).

Ведение пациента

Диагностика

Анамнез

Необходимо обратить внимание на:

Симптомы (их выраженность и продолжительность),

Индикаторы серьезного заболевания, факторы риска неблагоприятного прогноза.

Физикальное исследование

Диффузная сыпь (петехии и/или пурпура), не выступающая над поверхностью кожи (может отсутствовать или быть атипичной);

Регидность затылочных мышц;

Менингеальные симптомы (положительные симптомы Кернига, Брудзинского);

Лихорадка, головные боли, спутанность сознания;

Отек соска зрительного нерва;

Тромбоз сосудов мозга

Лабораторные и инструментальные исследования (проводятся во вторичном звене здравоохранения):

Выявление бактерий в спинномозговой жидкости (СМЖ) и крови (необходимо помнить, что антибиотикотерапия (АБТ) может маскировать проявления БМ):

Окраска мазка по Граму (позволяет выявить от 50 до 80% случаев БМ),

Посев бактерий на культуре ткани (позитивен в 85% случаев БМ);

Выявление бактериальных антигенов в СМЖ и полимеразная цепная реакция (ПЦР) СМЖ – более чувствительные методы, но вместе с тем и более дорогостоящие. Однако их применение показано в случае раннего начала АБТ (до проведения люмбальной пункции (ЛП) и последующих бактериологических исследований).

Следующая комбинация результатов лабораторных исследований позволяет диагностировать БМ с вероятностью 99%:

Анализ СМЖ:

Лейкоцитоз $>2000/\text{мм}^3$;

Нейтрофилез $>1180/\text{мм}^3$;

Повышение уровня протеинов >220 мг/дл;

Сниженный уровень глюкозы СМЖ $<0,23$;

Уровень глюкозы крови <34 мг/дл.

Визуализирующие инструментальные методы диагностики (КТ, МРТ) показаны лишь тем пациентам, у которых невозможно проведение ЛП, поскольку их осуществление задерживает начало лечения заболевания и связано со значительными финансовыми затратами.

Прогностические факторы риска

Пневмококковый БМ: алкоголизм, спленэктомия, серповидно-клеточная анемия, заболевания пазух или перелом основания черепа, сопутствующие хронические заболевания;

Менингококковый БМ: спленэктомия;

Стафилококковый БМ: травмы, внутричерепные операции, наличие шунтов;

Листерийный БМ: пожилой возраст, истощение.

Лечение

Все лица с подозрением на БМ должны быть немедленно изолированы в отдельный бокс и направлены на консультацию к специалисту (инфекционист, невролог). Основным вмешательством, осуществляемым СВ, служит раннее начало АБТ. При подозрении на БМ эмпирическую антибактериальную терапию необходимо начинать немедленно, до отправки больного в стационар, даже в тех случаях, когда результаты бактериологического исследования недоступны. При этом СВ должен использовать следующие препараты:

Бензилпенициллин (1200 мг в/в или в/м), в случае аллергических реакций необходимо назначить цефотаксим или цефтриаксон (1000 мг в/в или в/м). В условиях стационара применяют цефалоспорины третьего поколения (цефотаксим или цефтриаксон) – препараты выбора для лечения БМ (при условии отсутствия аллергических реакций на пенициллин);

Лицам со сниженным иммунитетом: пожилым пациентам (старше 60 лет), лицам с онко-гематологическими заболеваниями, а также тем, кто получает ГКС терапию в течение длительного времени показана комбинация цефалоспоринов третьего поколения с ванкомицином и/или рифампицином и/или ампициллином (*Listeria monocytogenes*), поскольку в этих случаях присутствует серьезный риск персистенции инфекции резистентной к АБТ пенициллинами;

В случае наличия аллергических реакций необходимо использовать альтернативные препараты:

ванкомицин и рифампин (*S. pneumoniae*), хлорамфеникол (менингококковый БМ), триметоприм-сульфаметоксазол (*Listeria monocytogenes*).

В случае наличия положительных результатов бактериологических тестов необходимо проводить специфическую АБТ. Продолжительность лечения от 7 до 28 дней.

Глюкокортикостероидная терапия (дексаметазон) не показана пациентам с БМ, кроме тех случаев, когда заболевание вызвано *S. pneumoniae* и подобрана эффективная специфическая АБТ.

Всем лицам, близко контактировавшим с больным, должен быть назначен Рифампин в дозе по 20 мг/кг в сутки, 2 раза в день (максимальная суточная доза 600 мг) в течение 2 дней и 1 раз в сутки в следующие 4 дня.

2.

Мужчина 35 лет, предъявляет жалобы на частые двусторонние головные боли (ГБ) давящего характера, возникающие в вечернее время.

Диагноз: Головная боль

Признаки серьезного заболевания

- Внезапно изменились характер и частота приступов хронической ГБ или они стали значительно интенсивнее.

- ГБ сочетается с внезапным развитием любой неврологической симптоматики или угнетением сознания.

- ГБ развивается через несколько часов, суток или недель после травмы головы.

- По оценке больного - это самая сильная ГБ, которую он когда-либо испытывал.

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Отягощенная наследственность (мигрень в наследственном анамнезе имеет более 50% больных).

Хронический эмоциональный стресс (выявляются у всех больных с ГБ напряжения)

ГБ может быть связана с воздействием многих химических веществ и лекарственных препаратов: озон, бензол, нитраты, тирамин, глютамат натрия, окись углерода, инсектициды и свинец, оральные контрацептивы, нитраты, индометацин, блокаторы кальциевых каналов, кофеин и алкоголь. Внезапная отмена любого из этих препаратов может приводить к развитию ГБ.

Ведение больного

Диагноз

Необходимо обратить внимание на:

- Характер ГБ, ее периодичность, длительность и локализацию, наличие сопутствующих симптомов.

- Индикаторы серьезного заболевания,

- Наличие психосоциальных факторов риска.

Острая ГБ

Продолжающаяся менее 1 недели, однако приступ может развиваться всего лишь за несколько минут или часов до обращения больного за медицинской помощью. Приступ ГБ также может рассматриваться как острый при внезапном изменении характера и тяжести хронической ГБ. Внезапное и быстрое развитие ГБ может быть связано с угрожающими жизни состояниями, поэтому необходимо предпринять тщательное и неотложное обследование пациента.

Синдром первичной ГБ

Включает мигрень с предшествующей аурой (классическая форма) или без нее (обычная форма), ГБ напряжения и периодическую пароксизмальную ГБ. К этой же категории относят ГБ, связанную с физической нагрузкой, кашлем, воздействием холода, а также кратковременную резкую пронизывающую ГБ, если исключены органические повреждения головного мозга. Происхождение первичной ГБ малопонятно.

Мигрень

Характеризуется пульсирующей ГБ, обычно охватывающей половину головы и сопровождающейся тошнотой, рвотой, а также плохой переносимостью звуков и яркого света. Продолжительность приступа варьирует от 4 ч. до 3 сут. Боль достигает максимума за несколько минут или часов. Аура при классической мигрени протекает в виде кратковременных зрительных, двигательных, чувствительных, когнитивных или психических расстройств, продолжающихся несколько минут, предшествуя ГБ или сочетаясь с ней. Провоцирующие факторы (стресс, голод, утомление, нарушение сна, яркий свет, употребление алкоголя, беременность, менструальный синдром, пероральные контрацептивы, некоторые виды пищи). Мигреням подвержены преимущественно женщины, первый приступ возникает в возрасте до 30 лет. После 50 лет часто наступает частичная или полная ремиссия.

ГБ напряжения (мышечного сокращения)

Наиболее частая форма ГБ. Обычно хроническая, двусторонней локализации, тупая, сдавливающая,

но не пульсирующая, сочетается с ригидностью мышц шеи. Стресс и тревога – факторы, усугубляющие тяжесть симптоматики. В типичных случаях ГБ напряжения возникает ежедневно, начинаясь ближе к вечеру; ее интенсивность то нарастает, то убывает.

Периодическая

Или пароксизмальная ГБ (Хортоновская ГБ или гистаминовая цефалгия) наблюдается у мужчин в 5 раз чаще; она носит относительно кратковременный (от 15 мин. до 2 час) и мучительный характер, локализуется с одной стороны головы в глазничной, окологлазничной или височной области и сопровождается односторонними вегетативными нарушениями (слезотечение, птоз век, миоз, заложенность носа, инъекция конъюнктивы). Боль жгучая, пронизывающая, сверлящая. В периоды приступов боль провоцируется алкоголем и нитроглицерином. Переход в вертикальное положение смягчает болевые ощущения, что отличает эту форму ГБ от мигрени, при которой облегчение приносит дремота в затемненной комнате. Периодичность – специфичная черта пароксизмальной ГБ, причем боль часто возникает ежедневно, примерно в одно и то же время (часто поздно ночью или рано утром). Периоды пароксизмов длятся несколько суток или недель и сменяются светлыми периодами (до нескольких лет).

Физикальное исследование большого

Вне приступа, при синдроме первичной ГБ не выявляет каких-либо изменений. Поэтому обнаружение неврологических нарушений следует расценивать как признак того, что боль имеет вторичный характер и большой должен быть обследован невропатологом.

Синдром вторичной ГБ может быть вызван многочисленными патологическими процессами и соответственно многообразен по клиническому течению.

- ГБ характерна для артериальной гипертонии тяжелого течения. Боль локализуется в затылочно-шейной области, пульсирует, усиливается по утрам.

- ГБ при тревожных состояниях и депрессии (ноющая, давящая, диффузная) сопровождается нарушениями сна и эмоциональными расстройствами

- При субарахноидальном кровоизлиянии ГБ начинается внезапно, часто сопровождается потерей сознания, быстро развивается ригидность затылочных мышц. При офтальмоскопии часто выявляют субгалактоидное кровоизлияние (кровоизлияние между стекловидным телом и сетчаткой глаза). Иногда появляются очаговые симптомы.

- ГБ при внутричерепных объемных процессах (опухоль, абсцесс, хроническая субдуральная гематома) связана чаще с повышением внутричерепного давления. ГБ при опухолях мозга усиливается по утрам, может сопровождаться тошнотой и рвотой. Вначале боль носит эпизодический характер, в дальнейшем боль становится постоянной, часто выявляют очаговые неврологические симптомы (парезы, афазии, фокальные судороги, нарушения чувствительности, гемипарезы и др.).

- При сочетании ГБ в лобно-орбитальной области с гиперемией и болезненностью глаза необходимо исключить острую закрытоугольную глаукому.

- Боль при синдроме височно-нижнечелюстного сустава локализуется в височной области, иррадирует в щеку и шею, возникает при жевании и других движениях нижней челюсти, может сопровождаться щелканьем, крепитацией и ограничением движений в суставе.

- Менингиты и энцефалиты на ранних стадиях и могут проявляться только ГБ. При любых подозрениях на эти заболевания (лихорадка, изменение психического статуса, ригидность затылочных мышц, симптомы натяжения (симптом Кернига и др.) необходимо срочно провести спинно-мозговую пункцию с последующим микробиологическим и биохимическим исследованием ликвора.

- Тромбозы синусов твердой мозговой оболочки происходят спонтанно или в результате инфекции. Эти состояния потенциально угрожают жизни и должны быть заподозрены во всех случаях, когда инфекция околоносовых пазух, среднего уха, орбиты, носовой перегородки или кожи носогубного треугольника у больного сопровождается внезапным ухудшением клинического состояния и ГБ.

- при синуситах ГБ сопровождается лихорадкой и заложенностью носа или выделениями из носа. Однако часто ГБ - единственный симптом заболевания. Боль чаще локализуется в лобно-орбитальной области, усиливается по утрам и при наклоне вперед, уменьшается после сморкания и использования сосудосуживающих капель. Иногда можно выявить болезненность при перкуссии в проекции пазухи и отек верхнего века.

- Гигантоклеточный (краниальный) артериит чаще возникает у пациентов старше 60 лет. Обычно интенсивная боль в височных или лобно-затылочных областях головы. Над пораженной артерией может отмечаться уплотнение кожи и чувствительность при пальпации.

- Невралгия тройничного нерва. Проявляется приступами сильной жгучей боли (стреляющей) в зоне иннервации тройничного нерва. Приступ продолжается от нескольких секунд до 1-2 минут (редко более).

Лечение

При наличии признаков серьезного заболевания пациент должен быть немедленно направлен к специалисту (невропатологу).

При отсутствии признаков серьезного заболевания

В первую очередь выявляют провоцирующие факторы и их устраняют. Лечение приступа ГБ начинают как можно раньше. Цель лечебных мероприятий – быстро прервать ГБ.

Ацетилсалициловая кислота 300-600 мг внутрь каждые 4 часа

Диклофенак 25 мг 1-4 раза в сутки

Ибупрофен 400 мг 3 раза в сутки

Толфенамовая кислота 100мг 1-4 раза в сутки

Напроксен 550мг 2-3 раза в сутки внутрь или в виде ректальных свечей

Элетриптан 20мг 1-2 раза в сутки

Наратриптан 2,5мг 1-2 раза в сутки

Ризатриптан 10мг 1-2 раза в сутки

Суматриптан 100мг 1-2 раза в сутки, 0,5мл п/к, дозированный аэрозоль в нос 10 мг/доза

Золмитриптан 2,5мг 1-2 раза в сутки

Эрготамин, таблетки по 1 мг, 1 таблетка, при необходимости повторять каждые 30 мин., но не более 5 табл. за приступ или 10 табл. в неделю.

Все препараты могут использоваться как в качестве монотерапии, так и в сочетании с кофеином, седативными и противорвотными средствами. Профилактическое лечение (вне приступа) проводится в случае рецидивирующих ГБ, после консультации с невропатологом.

Вторичная ГБ, первичная ГБ, не поддающаяся лечению – это ситуации когда необходима консультация невролога, психиатра.

При наличии психосоциальных факторов риска

Коррекция эмоциональных расстройств и формирование положительной психической установки на адекватное лечение.

По возможности устранение контакта с химическими веществами и лекарственными препаратами, внешними воздействиями, вызывающими ГБ.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача 1.

Больная А., 72 лет, поступила в неврологическое отделение в ноябре 2002г. с жалобами на снижение памяти, общую слабость. Указанные жалобы появились в сентябре 2002г., до этого времени больная была физически активной, никогда ранее не отмечала снижения памяти. В неврологическом статусе обращали внимание наличие слабовыраженной очаговой симптоматики, умеренно выраженные мнестические расстройства.

Задача 2.

Больная О., 22 года, поступила в неврологическое отделение с жалобами на преходящее снижение зрения, слабость в ногах.

При осмотре: отмечается нистагм, снижение брюшных рефлексов, интенционный тремор.

Задача 3.

Больной К., 16 лет, обратился к неврологу с жалобами на дрожь в руках, трудность совершения движений. При разговоре с родителями последние обратили внимание на изменение поведения подростка: снижение интереса к учебе, агрессивности. Ребенок был усыновлен в возрасте 2 лет, данные о наследственной патологии неизвестны.

Объективно выявлены следующие симптомы: тремор, умеренная мышечная ригидность. Отмечалось некоторое увеличение печени. В биохимическом анализе крови - повышение уровня АЛТ.

Задача 4.

Больная Л., 67 лет, обратилась к неврологу с жалобами на боли в поясничной области. Считает себя больной в течение полугода, на протяжении этого срока боли без существенного прогрессирования, проведенная терапия нестероидными противовоспалительными эффекта не оказала.

При осмотре: корешковый и мышечно-тонические синдромы выражены неочетливо. Обследование: в анализе крови - небольшая анемия, СОЭ 52 мм/ч.

Задача 5.

Больная В., 35 лет, жалуется на головные боли, по поводу которых обратилась к неврологу. При опросе было уточнено, что головные боли появились около трех недель назад, их возникновение сопровождалось чувством «заложенности» носа. Первые две недели отмечался субфебрилитет (37,2°C).

Задача 6.

Больная М., 63 лет, поступила в неврологическое отделение с диагнозом ишемического инсульта в

бассейне средней мозговой артерии. За время пребывания в стационаре у больной отмечалась лихорадка 38 - 39°C, в общем анализе крови – лейкоцитоз, повышенное СОЭ.

Задача 7.

У ребёнка 9 месяцев, после перенесенной вирусной инфекции, протекавшей с температурой 38,5°C, помрачением сознания, общим тяжелым состоянием ребенка, с насморком, кашлем, отхождением мокроты – спустя 3 месяца на фоне общего благополучия появились частые головные боли, беспокойство, капризность, вялость. При повторном осмотре определена окружность головы 55см, на рентгенограмме – расширение продольного шва и истончение костей черепа. При неврологическом осмотре установлено неточность движений рук, промахивание, понижение тонуса мышц и значительное покачивание при ходьбе с поддержкой за руку. На глазном дне – значительное расширение вен дна, отёчность дисков зрительных нервов.

Задача 8.

У больного 50-и лет, страдающего в течение 10 лет артериальной гипертонией с подъёмами АД до 200/120 мм рт. ст., в очередной раз возникли сильные головные боли, головокружение, рвота, общее тяжёлое состояние. Был уложен в постель, назначены гипотензивные препараты, анальгетики, мочегонные средства.

Стойко удерживалось АД 220/120 мм рт.ст., повторная рвота, разлитая интенсивная головная боль, светобоязнь, не мог заснуть всю ночь. Вызванный утром участковый врач выявил у больного ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон.

Задача 9.

У школьника 10 лет остро возникло общее недомогание, озноб, ломота в мышцах. Поднялась температура до 38,5°C. Головные боли быстро усилились до нестерпимых, разрывающего характера, которые усиливались при резких звуках, ярком свете.

При осмотре врачом ребёнок лежит в постели на боку, глаза прикрыты, загружен. Голова запрокинута кзади, ноги прижаты к животу, мышцы живота напряжены, втянуты. Резко выражена ригидность мышц затылка, с обеих сторон симптом Кернига.

Задача 10.

У молодой женщины 22 лет на фоне полного благополучия внезапно возникла сильнейшая головная боль, с ощущением разлитого жара в голове, впечатление «удара по затылку». Была многократная рвота. Потеряла сознание на несколько дней. АД= 110/70 мм рт. ст., пульс 82 уд/мин. В бессознательном состоянии доставлена в больницу. На консультацию вызван врач общей практики.

При осмотре – контакт ограниченный. Температура 36,7°C. Зрачки равные, узкие, фотореакция зрачков сохранена. Движения в конечностях сохранены. Выявляется ригидность мышц затылка и симптом Кернига с 2-х сторон.

Задача 11.

Больной С., 69 лет, пенсионер, занимался последние годы в собственном доме и на приусадебном участке. Отмечал умеренное снижение памяти, поверхностный сон, периодически умеренные головные боли. АД отмечалось в пределах 140/90 мм рт. ст., пульс ритмичный 68 уд/мин.

Утром после сна обнаружен паралич правых конечностей и нарушения речи – пытался невнятно что-то сказать, не понимал обращённой речи, не выполнял инструкций. АД 160/100 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Больной в сознании, двигает левой рукой и ногой, глотание не нарушено. Менингеальных симптомов нет.

Задача 12.

Больная Л., 61 год, более в течение 2-х лет с постепенным развитием проявлений заболевания. Вначале отметила мелкое ритмическое дрожание пальцев правой, а затем и левой кисти; дрожание возникало в покое и проходило при активных движениях. Появилось изменение походки – стало трудно начать движение (долго топчется на месте); походка стала шаркающей, мелкими шажками, неустойчивой. Появилась общая скованность мышц, изменилась речь- голос тихий, монотонный, застывшее выражение лица, редкое мигание. В течение указанного срока болезнь постепенно прогрессирует.

Задача 13.

Больная О., 30 лет, ранее оперирована по поводу митрального порока сердца. АД 115/75 мм рт.ст., пульс аритмичный, 80 уд/мин. После операции компенсирована, работает с неполной дневной нагрузкой.

Заболела остро: внезапно появилась головная боль в левой половине головы, головокружение, лицо покраснело, кратковременная утрата сознания. Бригада «скорой помощи» выявила лёгкое оглушение у больной, АД 110/80, пульс 96 уд/мин, аритмичный. Выявлена слабость правых конечностей, акцент сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. ЭКГ - мерцательная аритмия, гипертрофия левого желудочка.

Задача 14.

Больная 37 лет. Заболела постепенно в течение года. Вначале отметила снижение слуха на левое ухо, Позднее присоединилось пошатывание при ходьбе, неточность движений левой рукой. Позднее появилось онемение левой половины лица, перекос лица вправо, поёхивание при глотании жидкой пищи. На фоне указанных нарушений развились стойкие головные боли, сопровождающиеся на высоте приступа рвотой;

головная боль усиливалась в предутренние часы и при пробуждении и облегчалась при вертикальном положении больной. Больная стала вялой, заторможенной, периодически появляются «затуманивания зрения».

Задача 15.

Больная 33 лет, была «избита» во время семейной ссоры, кратковременно теряла сознание. В тот же день осмотрена травматологом и с диагнозом «ушибы покровов головы, сотрясение мозга», рекомендовано лечение амбулаторно. Больная принимала диакарб, анальгетики, димедрол на ночь. Через 10 дней приступила к работе.

Больную продолжала беспокоить диффузная головная боль. Служивцы отметили вялость больной, замедленность в движениях, утомляемость. Затем интенсивность головной боли выросла, появилась рвота, адинамия, сонливость. Доставлена в стационар. На консультацию вызван врач общей практики.

При осмотре состояние тяжёлое, пульс 52 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. Неравномерность зрачков, шире правый, опущено правое веко. Умеренная ригидность мышц затылка, двусторонний симптом Кернига. Асимметрия лица – сглаженность левой носогубной складки, легкая слабость левых конечностей.

Задача 16.

Больной 28 лет, перенес черепно-мозговую травму с кратковременной утратой сознания. Полного лечения не провёл, приступил к работе. Через полгода стал отмечать периодическое повышение АД до 160/100 мм рт. ст. В душном помещении стали появляться ощущения дурноты, сердцебиения, обильного липкого пота, потемнения перед глазами, чувства «ватных ног». Стали возникать периодические немотивированные сердцебиения; чувство нехватки воздуха, что вызывало форсированное дыхание; слабость, метеолабильность, снижение выносливость к нагрузкам. Стал часто обращаться к врачу.

На этом фоне у больного возникло внезапное ухудшение состояния: без причины, внезапно появилось выраженное сердцебиение, подъём артериального давления, одышка, паническое состояние, страх смерти, общее возбуждение. Приступ длился 30 минут, по ослаблении его у больного при мочеиспускании выделилось большой объём светлой мочи.

Ответы к ситуационным задачам

Задача 1:

1. Дисциркуляторная энцефалопатия. Ишемический инсульт?
2. Компьютерная томография (исследование у больной действительно позволило выявить очаг ишемического инсульта).

Задача 2: Рассеянный склероз.

Задача 3:

1. Болезнь Вильсона
2. Исследование церулоплазмينا в крови и меди в моче.
3. Прием медьхелатирующих препаратов должен быть пожизненным.

Задача 4:

1. Миеломная болезнь.
2. Электрофорез белка (М-градиент), белок Бенс-Джонса в моче.

Задача 5: Воспаление гайморовых пазух. Необходимо провести рентгенологическое исследование придаточных пазух носа.

Задача 6:

1. Инфекционный эндокардит, для исключения которого следует провести посев крови на стерильность на пике лихорадки.
2. Инсульт у больной, наиболее вероятно, явился осложнением инфекционного эндокардита.

Задача 7:

1. Водянка мозга.
2. Ультразвуковое исследование мозга или магнитнорезонансное томографическое исследование; исследование цереброспинальной жидкости (давление, состав ликвора)
3. Диакарб в таблетках.

Задача 8:

1. Артериальная гипертензия, геморрагический инсульт (возможно, субарахноидальное кровоизлияние).
2. Госпитализация в стационар. Подтверждение диагноза – люмбальная пункция, нейровизуализация – компьютерная томография, магнитнорезонансное томографическое исследование головного мозга.
3. Гипотензивные средства, мочегонные препараты (дегидратация) – лазикс, прокоагулянты (эпсилон-аминокапроновая кислота, дицинон).

Задача 9:

1. Острый микробный менингит.
2. Исследование цереброспинальной жидкости (давление, физические свойства, состав), посев на

флору и чувствительность к антибиотикам. Общие анализы крови и мочи.

3. Госпитализация в инфекционное отделение или общий стационар. Экстренно назначение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия (на грамм-положительные и отрицательные микробы), анальгетики, инфузии внутривенно физиологического раствора и др. (детоксикация).

Задача 10:

1. Субарахноидальное кровоизлияние (самопроизвольное) – синдром «раздражения мозговых оболочек».
2. Госпитализация в стационар, люмбальная пункция с исследованием цереброспинальной жидкости.
3. Назначение коагулянтов – дицинон, эpsilon-аминокапроновой кислоты, анальгетики, дексаметазон.
4. Консультация нейрохирурга (перевод в нейрохирургическое отделение – поиск источника кровотечения).

Задача 11:

1. Сосудистая энцефалопатия, ишемический инсульт в левом полушарии головного мозга.
2. Госпитализация, назначение дезагрегантов (аспирин, трентал), кавинтона, ноотропов, мексидола, глицина, антибиотиков – по показаниям.
3. Реабилитация (ноотропы, кавинтон, расхаживание и друг.). Профилактика повторного инсульта – дезагреганты, статины.

Задача 12:

1. Паркинсонизм.
2. Дефицит медиатора дофамина.
3. Циклодол, препараты леводопы, проноран.

Задача 13:

1. Кардиогенная эмболия сосудов мозга в левом полушарии.
2. Госпитализация. Антикоагулянты – гепарин, трентал, кавинтон, сердечные (по показаниям).
3. Антикоагулянты – варфарин, консультация кардиолога (нормализация ритма сердца).

Задача 14:

1. Опухоль головного мозга (в задней черепной ямке).
2. Нейровизуализация – магнитнорезонансная томография головного мозга, осмотр глазного дна офтальмологом.
3. Дегидратационная терапия (маннитол, лазикс, дексаметазон) – предупреждение вклинения мозга в большое затылочное отверстие.

Задача 15:

1. Посттравматическая хроническая внутричерепная гематома.
2. Травматическое повреждение вен головного мозга с медленным формированием гематомы.
3. Рентгенограмма черепа (перелом костей), нейровизуализация – компьютерная томография магнитнорезонансная томография и головного мозга.
4. Вклинение мозга в тенториальную вырезку намета мозжечка, сдавление ствола мозга.
5. Экстренная госпитализация. Мощная дегидратация – маннитол 1-1,5 г/л внутривенно капельно, лазикс до 80-120 мг/с, дексаметазон, прокоагулянты (дицинон). Консультация с нейрохирургом по санитарной авиации, вызов на себя.

Задача 16:

1. Последствия черепно-мозговой травмы, синдром вегетативной дистонии.
2. В клинике перманентные вегетативные расстройства полисистемного характера. Симпато - адреналовый криз (паническая атака).
3. Купирование симпатического криза диазепамом (реланиум, сибазон) по 10 мг внутримышечно, внутривенно или в таблетках. Постоянное назначение грандаксина, клоназепама, афобазола (или антидепрессантов).

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Техника исследования VII пары краниальных нервов.
2. Техника исследования координации движений.
3. Техника исследования сухожильных рефлексов.

4. Клиническое значение разгибательных патологических рефлексов?
5. Какова роль внутренней капсулы головного мозга?
6. Функции ретикулярной формации.
7. Роль желудочковой системы головного мозга.
8. Перечислите рефлексы, определяемые у здоровых новорожденных и исчезающие по мере роста ребенка.
9. Перечислите рефлексы, возникающие у лиц пожилого возраста.
10. Каковы этиологические факторы детского церебрального паралича?
11. Перечислите основные разновидности ДЦП.
12. Что такое болезнь Литтля?
13. Отличие «менингизма» от «менингита».
14. Какие антибиотики проникают через гематоэнцефалический барьер и могут использоваться для лечения эпидемического менингита?
15. Укажите наиболее частые причины вторичных гнойных менингитов.
16. Перечислите основные причины развития полинейропатии.
17. Диагностические критерии алкогольной полинейропатии.
18. Диагностические критерии синдрома Гийена-Барре.
19. Перечислите основные причины развития полинейропатии.
20. Диагностические критерии алкогольной полинейропатии.
21. Диагностические критерии синдрома Гийена-Барре.
22. В чем заключается морфологическая сущность БАС?
23. Перечислите ранние симптомы БАС.
24. Каков прогноз при боковом амиотрофическом склерозе?
25. Симптомы поражения средней мозговой артерии.
26. Основные отличия ишемических и геморрагических инсультов.
27. Принципы недифференцированной терапии инсультов.
28. Что такое верхняя и нижняя пробы Барре?
29. Перечислите «болевые» интра- и экстракраниальные структуры.
30. Какие интра- и экстракраниальные структуры не имеют болевых рецепторов?
31. Перечислите препараты для купирования приступа мигрени.
32. Укажите диагностические критерии абзусных головных болей.
33. Что такое гигиена сна?
34. Перечислите свойства идеального снотворного средства.
35. Перечислите основные принципы терапии нарушений сна.
36. Перечислите разновидности нистагма.
37. Укажите основные заболевания, сопровождающиеся головокружением.
38. Средства, применяемые для симптоматической терапии головокружения.
39. Какова причина и анатомическая сущность синингомиелии?
40. Перечислите признаки дизрафического статуса.
41. Что такое диссоциированная анестезия?
42. Диагностические критерии синдрома внутриверепной гипертензии.
43. Основные препараты для лечения синдрома ВЧД.
44. В каких мышцах раньше всего возникают расстройства при миастении.
45. Каковы клинические проявления миастенического криза?
46. Какие препараты ухудшают неиромышечную проводимость и противопоказаны при миастении?
47. Какие опухоли чаще встречаются в головном мозге?
48. Какие признаки, указывающие на опухоль головного мозга, выявляются при эхоэнцефалографии?
49. Наиболее информативный метод диагностики опухолей головного мозга.
50. Отличительные признаки центрального паралича.
51. Признаки периферического паралича.
52. Причины периферических параличей.
53. Перечислите основные причины паркинсонизма.
54. Каков патогенез паркинсонизма?
55. Какие изменения походки наблюдаются при паркинсонизме?

56. Перечислить причины развития гидроцефалии.
57. Анатомические изменения при гидроцефалии.
58. Принципы терапии гидроцефалии.
59. Каковы диагностические признаки микроцефалии?
60. Клинические проявления микроцефалии.
61. Укажите возраст, наиболее уязвимый для заболевания полиомиелитом.
62. Перечислите входные ворота инфекции при полиомиелите.
63. На каком сроке заболевания развиваются параличи при полиомиелите?
64. Особенности вялого паралича при полиомиелите.
65. Перечислите основные вертеброгенные причины болей в спине.
66. Укажите основные причины невертеброгенных болей в спине.
67. Что такое анталгический сколиоз?
68. Перечислите основные функции вегетативной нервной системы.
69. Клинические синдромы вегетативной дистонии.
70. Диагностические критерии вегетативных кризов.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

001. В отношении преходящих нарушений мозгового кровообращения справедливо:
 - а) дисциркуляторные расстройства характеризуются внезапностью и кратковременностью;
 - б) в клинической картине представлены общемозговые и очаговые симптомы;
 - в) симптоматика регрессирует в срок до 24 часов.
002. Преходящие нарушения мозгового кровообращения развиваются вследствие:
 - а) эмболии мозговых сосудов;
 - б) тромбоза крупных сосудов при наличии хорошо развитой сети коллатерального кровообращения;
 - в) тромбоза крупных сосудов при отсутствии хорошо развитой сети коллатерального кровообращения;
 - г) стеноза экстрацеребральных сосудов головы или интрацеребральных сосудов и присоединения падения артериального давления.
003. Общемозговые симптомы при преходящих нарушениях мозгового кровообращения характеризуются:
 - а) ощущением слабости, недостатка воздуха, пелены перед глазами
 - б) головной болью. Тошнотой, рвотой
 - в) вазомоторными реакциями
 - г) кратковременными расстройствами сознания
004. При преходящих нарушениях мозгового кровообращения в системе внутренней сонной артерии
 - а) наиболее часто наблюдается онемение, покалывание на ограниченных участках лица или конечностей;
 - б) возможны нарушения чувствительности по гемитипу;
 - г) двигательные расстройства чаще ограничены рукой или ногой;
 - д) двигательные и чувствительные расстройства часто сочетаются с нарушениями речи по типу дизартрии или афазии.
005. При преходящих нарушениях мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне:
 - а) частым симптомом является системное головокружение;
 - б) у многих больных возникают тошнота, рвота, икота, головная боль;
 - в) никогда не возникают нарушения глотания, голоса, головная боль;
 - г) нередко развиваются зрительные расстройства.
006. В отношении течения преходящих нарушений мозгового кровообращения справедливо:
 - а) очаговые симптомы исчезают в течение нескольких минут или часов;
 - б) характерной особенностью является их повторяемость (от одного до трех раз в год и более);
 - в) они никогда не рецидивируют;
 - г) прогноз хуже при их развитии в каротидном бассейне, чем в вертебробазилярном бассейне.
007. В отношении терапии преходящих нарушений мозгового кровообращения справедливо:
 - а) лечение должно быть направлено на предупреждение развития мозгового инсульта;
 - б) в легких случаях (исчезновение симптомов в течение нескольких минут) возможно лечение в условиях поликлиники;

- в) в тяжелых случаях, продолжающихся более 1 часа, показана госпитализация;
 - г) при повторных нарушениях целесообразно лечение в условиях поликлиники.
008. Лечебные мероприятия при преходящих нарушениях мозгового кровообращения направлены:
- а) на улучшение мозгового кровотока;
 - б) на улучшение микроциркуляции;
 - в) на снятие отека мозга;
 - г) на быстрое включение коллатерального кровотока;
 - д) на улучшение метаболизма в мозге.
009. Для уменьшения агрегации форменных элементов крови при преходящих нарушениях мозгового кровообращения оправданно назначение:
- а) фуросемида;
 - б) реополиглюкина;
 - в) ацетилсалициловой кислоты;
 - г) бромкамфоры.
010. У больных с склонностью к преходящим нарушениям мозгового кровообращения церебральная ангиография показана в случае предположения:
- а) окклюзирующего процесса (стеноз, тромбоз);
 - б) патологической извитости сосудов;
 - в) аномалий развития экстракраниального отдела магистральных сосудов.
011. Ишемический отек развивается по механизму:
- а) тромбоза;
 - б) эмболии;
 - в) диапедеза форменных элементов крови;
 - г) нетромботического размягчения.
012. Развитию тромботического ишемического инсульта способствуют:
- а) патологические изменения сосудистой стенки;
 - б) увеличение вязкости крови;
 - в) диапедез форменных элементов крови;
 - г) замедление мозгового кровотока;
 - д) снижение артериального давления.
013. В отношении тромботического ишемического инсульта справедливо:
- а) ему часто предшествуют преходящие нарушения мозгового кровообращения;
 - б) часто развиваются в ночное время;
 - в) характерно нарастание симптомов в течение нескольких часов;
 - г) характерно молниеносное развитие.
014. При ишемическом инсульте:
- а) наиболее часто заболевают лица моложе 40-летнего возраста;
 - б) наиболее часто заболевают лица старше 40-летнего возраста;
 - в) очаговые симптомы преобладают над общемозговыми;
 - г) общемозговые симптомы чаще преобладают над очаговыми.
015. Экстракраниальная закупорка внутренней сонной артерии:
- а) может не сопровождаться развитием инфаркта мозга;
 - б) при полноценном виллизиевом круге протекает благоприятно;
 - в) при достаточном коллатеральном кровообращении всегда протекает неблагоприятно;
 - г) в начальном периоде преимущественно проявляется преходящими нарушениями мозгового кровообращения.
016. Преходящие нарушения мозгового кровообращения в начальном периоде экстрацеребральной закупорки внутренней сонной артерии проявляются:
- а) кратковременной слабостью в гетеролатеральных конечностях и онемением;
 - б) грубой стволовой симптоматикой;
 - в) афатическими расстройствами;
 - г) снижением зрения на один глаз.
017. Интракраниальный тромбоз внутренней сонной артерии, протекающий с разобщением виллизиева круга:
- а) проявляется гемиплегией;
 - б) вызывает грубо выраженные общемозговые симптомы;
 - в) не дает общемозговой симптоматики;
 - г) протекает благоприятно;

- д) часто заканчивается летально.
018. При обширных инфарктах в бассейне передней мозговой артерии
- а) возникает спастический гемипарез контрлатеральных конечностей;
 - б) парез преимущественно локализуется в проксимальном отделе руки и дистальном отделе ноги;
 - в) никогда не бывает расстройств чувствительности;
 - г) часто развивается задержка мочи;
 - д) часто возникает хватательный рефлекс.
019. При окклюзии основного ствола средней мозговой артерии:
- а) развивается обширный инфаркт;
 - б) имеется небольшой дефект;
 - в) возникает гемиплегия, гемианестезия, гемианопсия;
 - г) при левополушарных инфарктах возникает моторная афазия;
 - д) при правополушарных инфарктах возникает анозогнозия.
020. При развитии инфаркта в корково-подкорковых ветвях средней мозговой артерии возникают:
- а) гемипарез с преимущественным нарушением движений в руке;
 - б) расстройство всех видов чувствительности;
 - в) тетрапарез;
 - г) гемианопсия;
 - д) сенсомоторная афазия.
021. Для окклюзии основной артерии характерно:
- а) высокая летальность;
 - б) быстрое развитие комы;
 - в) отсутствие расстройств сознания;
 - г) развитие тетраплегии;
 - д) наличие глазодвигательных расстройств;
 - е) отсутствие глазодвигательных расстройств.
022. При тромбозе кавернозного синуса характерно:
- а) экзофтальм;
 - б) эндофтальм;
 - в) отек и венозная гиперемия век, глазниц, корня носа;
 - г) гиперестезия в области иннервации верхней ветви тройничного нерва;
 - д) офтальмоплегия.
023. В отношении геморрагического инсульта справедливо:
- а) чаще развивается в дневное или вечернее время;
 - б) чаще развивается в ночное время;
 - в) характерно нарастание симптомов в течение нескольких дней;
 - г) характерно быстрое нарастание симптомов.
024. При геморрагическом инсульте:
- а) очаговые симптомы преобладают над общемозговыми;
 - б) общемозговые симптомы преобладают над очаговыми;
 - в) характерны «предвестники» в виде преходящих нарушений мозгового кровообращения;
 - г) симптомы появляются после волнения или переутомления.
025. Для комы при геморрагическом инсульте характерны:
- а) гиперемия лица, цианоз губ;
 - б) чаще повышенное артериальное давление;
 - в) чаще пониженное артериальное давление;
 - г) признаки гемиплегии;
 - д) запах ацетона изо рта.
026. Свидетельствовать о гемиплегии у больного в коматозном состоянии могут:
- а) симптом «паруса»;
 - б) поднятая рука на стороне паралича падает как «плеть»;
 - в) ротация парализованной стопы кнаружи;
 - г) опущение угла рта.
027. Вторичный стволовой синдром при обширных полушарных кровоизлияниях проявляется:
- а) отсутствием расстройств дыхания и сердечной деятельности;
 - б) прогрессирующим расстройством дыхания и сердечной деятельности;
 - в) уменьшением расстройств сознания в динамике;

- г) нарастающими расстройствами сознания в динамике;
 - д) глазодвигательными нарушениями, изменением мышечного тонуса.
028. При кровоизлиянии в мост:
- а) более характерен миоз;
 - б) более характерен мидриаз;
 - в) взор обращен в сторону пораженных конечностей;
 - г) не характерны ранние изменения мышечного тонуса.
029. При прорыве крови в желудочковую систему:
- а) углубляются расстройства сознания;
 - б) появляются горметонические судороги;
 - в) отсутствуют нарушения витальных функций;
 - г) появляются холодный пот, гипертермия;
 - д) отсутствует вегетативная симптоматика.
030. При субарахноидальном кровоизлиянии:
- а) появляется острая головная боль;
 - б) возникают тошнота, рвота;
 - в) головная боль отсутствует;
 - г) возможны эпилептические припадки;
 - д) отсутствуют психомоторное возбуждение, нарушения сознания.
031. Для субарахноидального кровоизлияния характерны:
- а) быстрое развитие менингеальных симптомов;
 - б) умеренный лейкоцитоз;
 - в) лейкопения;
 - г) отсутствие менингеальных симптомов;
 - д) выраженные очаговые симптомы.
032. Цереброспинальная жидкость при субарахноидальном кровоизлиянии:
- а) прозрачная;
 - б) кровянистая;
 - в) вытекает под повышенным давлением;
 - г) вытекает под пониженным давлением;
 - д) после центрифугирования – ксантохромная.
033. При разрыве базальных артериальных аневризм:
- а) часто имеются поражения черепных нервов, особенно глазодвигательных;
 - б) возможны застойные явления и кровоизлияния на глазном дне;
 - в) поражения черепных нервов не возникают;
 - г) не развиваются дыхательные и сердечно-сосудистые расстройства.
034. В остром периоде неосложненного инсульта:
- а) показано амбулаторное лечение больного;
 - б) показана госпитализация в общетерапевтический стационар;
 - в) необходимо лечение на дому в течение 1 -2 недель, затем госпитализация в неврологический стационар;
 - г) необходима ранняя госпитализация в неврологический стационар.
035. При инсульте нецелесообразна перевозка больных в стационар из дома:
- а) в состоянии глубокой комы;
 - б) с грубыми нарушениями витальных функций;
 - в) с резким расстройством сердечной деятельности и падением сосудистого тонуса;
 - г) с повторными нарушениями мозгового кровообращения, осложненными деменцией.
036. При приступе системного головокружения в качестве симптоматического лечения показаны:
- а) атропиноподобные препараты;
 - б) циннаризин (стугерон);
 - в) седуксен;
 - г) аминазин.
037. При нарушении кровообращения в сосудах вертебробазиллярного бассейна могут наблюдаться:
- а) системное головокружение;
 - б) нарушение слуха;
 - в) нарушение зрения;
 - г) мозжечковые расстройства;
 - д) альтернирующие синдромы.

038. Болезни Альцгеймера и Пика:
- а) относятся к группе пресенильных деменций;
 - б) относятся к дефектам развития головного мозга;
 - в) часто сопровождаются астеническим синдромом;
 - г) неврологически часто проявляются афазией, агнозией, апраксией.
039. В диагностике болезней Альцгеймера и Пика имеют значение:
- а) пневмоэнцефалографические данные;
 - б) компьютерная томография;
 - в) специфические изменения электроэнцефалограммы;
 - г) ядерномагнитнорезонансная томография.
040. Гипертоническая энцефалопатия:
- а) это тяжелое прогрессирующее заболевание головного мозга;
 - б) связана с развитием фильтрационного отека и набуханием мозга;
 - в) возникает при злокачественном течении гипертонической болезни;
 - г) никогда не сопровождается отеком диска зрительного нерва.
041. При острой гипертонической энцефалопатии:
- а) преобладают грубо выраженные общемозговые симптомы;
 - б) никогда не бывает вегетативно-сосудистых реакций;
 - в) на первый план выступает диффузная головная боль, сопровождающаяся тошнотой и рвотой;
 - г) преобладают грубо выраженные очаговые симптомы.
042. При невропатии (неврите) срединного нерва:
- а) кисть по форме напоминает «обезьянью лапу»;
 - б) нарушаются движения I, II, III пальцев;
 - в) нарушается пронация и ладонное сгибание кисти;
 - г) боли часто носят каузалгический характер.
043. При синдроме запястного канала:
- а) болевая чувствительность не страдает;
 - б) имеют место онемение и парестезия в I, II, III пальцах;
 - в) возникает слабость мышцы, противопоставляющей 1-й палец;
 - г) при перкуссии зоны запястного канала возникают парестезии в кисти.
044. При невралгии тройничного нерва:
- а) болевые пароксизмы продолжаются от нескольких секунд до нескольких часов;
 - б) на лице имеются триггерные зоны, раздражение которых провоцирует болевой пароксизм;
 - в) болевой приступ сопровождается выраженными вегетативными проявлениями;
 - г) для лечения не используется финлепсин.
045. При неврите лицевого нерва нецелесообразно назначение:
- а) прозерина;
 - б) ультразвука с гидрокортизоном;
 - в) этамизола;
 - г) фурсемида.
046. При свинцовой полинейропатии:
- а) чаще поражаются лучевой и малоберцовый нервы;
 - б) никогда не поражаются лучевой и малоберцовый нервы;
 - в) часто развивается анемия;
 - г) могут возникать коликообразные боли в животе.
047. При диабетической полинейропатии:
- а) рано развиваются нарушения вибрационной чувствительности и снижение ахилловых рефлексов;
 - б) вибрационная чувствительность практически не страдает;
 - в) боли могут нарастать под влиянием тепла и в покое;
 - г) не возникает нарушений вегетативной иннервации.
048. Поражение плечевого сплетения может возникнуть:
- а) при вывихе головки плечевой кости;
 - б) при высоком наложении жгута на длительный срок;
 - в) во время операций с ингаляционным наркозом, если руки больного заложены за спину;
 - г) при наложении акушерских щипцов.
049. При поражении верхнего первичного ствола плечевого сплетения:

- а) отсутствуют двигательные расстройства;
 - б) невозможно отведение руки в плечевом суставе и сгибание ее в локте;
 - в) движения пальцев руки и кисти сохраняются;
 - г) снижена чувствительность по наружному краю плеча и предплечья.
050. При поражении нижнего первичного ствола плечевого сплетения:
- а) возникает паралич и атрофия мелких мышц кисти, сгибателей кисти и предплечья;
 - б) движения плеча и предплечья сохранены;
 - в) болевая чувствительность не нарушена;
 - г) выявляется гипоалгезия по внутренней поверхности предплечья, на кисти и пальцах в зоне иннервации локтевого нерва.
051. Раннему развитию остеохондроза и его клиническим проявлениям способствуют:
- а) наличие переходных пояснично-крестцовых позвонков;
 - б) расщепление дужек позвонков;
 - в) шейные ребра;
 - г) узость позвоночного канала.
052. В натянутом и сдавленном спинномозговом корешке возникают:
- а) отек;
 - б) венозный застой;
 - в) асептическое воспаление.
053. При компрессии корешка LV:
- а) боль иррадирует по наружной поверхности бедра и передней поверхности голени;
 - б) отмечается гипотрофия и слабость длинного разгибателя большого пальца;
 - в) при его изолированном повреждении глубокие рефлексы остаются нормальными.
054. При компрессии корешка SI:
- а) нарушена чувствительность на наружной поверхности стопы;
 - б) снижается или исчезает ахиллов рефлекс;
 - в) снижается или исчезает коленный рефлекс;
 - г) нарушена чувствительность на передней поверхности бедра.
055. При компрессии конского хвоста:
- а) имеют место сильные боли, распространяющиеся на обе ноги;
 - б) выявляется седловидная анестезия;
 - в) развиваются нарушения тазовых функций;
 - г) развивается гемипарез.
056. Для клинической диагностики пояснично-крестцового радикулита имеют значение:
- а) симптом Ласега;
 - б) симптом Кернига;
 - в) оценка состояния глубоких рефлексов;
 - г) оценка состояния болевой и температурной чувствительности.
057. Алкогольная полинейропатия:
- а) чаще развивается подостро;
 - б) никогда не проявляется парезами и параличами;
 - в) характеризуется парестезиями в дистальных отделах конечностей, болезненностью в икроножных мышцах;
 - г) часто проявляется парезами и параличами, более выраженными в ногах.
- Ответ: (а, в, г)
058. При алкогольной полинейропатии:
- а) никогда не бывает вазомоторных, трофических и секреторных расстройств;
 - б) возникают расстройства болевой и температурной чувствительности по типу «перчаток» и «носок»;
 - в) часто снижается мышечно-суставное чувство;
 - г) не развиваются расстройства чувствительности.
059. При наличии алкогольной полинейропатии:
- а) симптоматика может напоминать сухотку спинного мозга;
 - б) возможно поражение глазодвигательного, зрительного, блуждающего, диафрагмального нервов;
 - в) целесообразно назначение больших доз витамина В1;
 - г) при продолжении употребления алкоголя прогноз неблагоприятен.
060. При полиомиелите:

- а) основной путь заражения - через пищеварительный тракт;
 - б) заражение происходит воздушно-капельным путем;
 - в) возможны abortивные случаи заболевания;
 - г) распространение вируса идет периневрально.
061. В паралитической стадии полиомиелита:
- а) развитию параличей предшествуют фасцикуляции;
 - б) отмечается повышенная чувствительность мышц к давлению;
 - в) чаще параличи достигают максимума в течение;
 - г) никогда не страдают межреберные мышцы и диафрагма.
062. Продромальный период при энцефалите:
- а) продолжается от нескольких часов до нескольких дней;
 - б) сопровождается повышением температуры, лихорадкой;
 - в) протекает без лихорадки;
 - г) могут быть симптомы со стороны верхних дыхательных путей;
 - д) может проявиться симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта.
063. При диагностике вирусного энцефалита:
- а) в цереброспинальной жидкости обнаруживается лимфоцитарный плеоцитоз;
 - б) в цереброспинальной жидкости белок понижен;
 - в) в периферической крови изменения отсутствуют;
 - г) в периферической крови выявляется лейкоцитоз.
064. При клещевом энцефалите:
- а) вирус попадает в организм через укус клеща;
 - б) возможно алиментарное попадание вируса в организм;
 - в) возможно попадание вируса в организм воздушно-капельным путем;
 - г) инкубационный период продолжается 5 - 20 дней;
 - д) инкубационный период продолжается 1 - 3 дня.
065. В первые дни болезни при клещевом энцефалите:
- а) выражены общемозговые симптомы;
 - б) сознание нарушено вплоть до комы;
 - в) выражены оболочечные симптомы;
 - г) психические расстройства отсутствуют.
066. Герпетический энцефалит характеризуется:
- а) быстрым развитием менингеальных симптомов;
 - б) отсутствием эпилептического синдрома;
 - в) легким течением, быстрым восстановлением;
 - г) крайне тяжелым течением, высокой смертностью.
067. Для герпетического энцефалита характерно:
- а) заболевают люди среднего возраста;
 - б) заболевают дети и пожилые люди;
 - в) целесообразно проведение компьютерной томографии в ранние сроки заболевания;
 - г) компьютерная томография не имеет диагностической ценности.
068. При гриппозном энцефалите:
- а) возможно развитие неврологических симптомов через 1- 2 недели после начала гриппа;
 - б) характерен умеренный менингеальный синдром;
 - в) часто имеются признаки поражения периферической нервной системы;
 - г) течение обычно благоприятное.
069. Вакцинальные энцефалиты могут развиваться после:
- а) противооспенной вакцины;
 - б) введения вакцины АДС/АКДС;
 - в) антирабических прививок.
070. Коровой энцефалит:
- а) развивается на 3 - 5-й день после появления сыпи;
 - б) часто сопровождается тяжелыми нарушениями сознания;
 - в) может давать нарушение функций тазовых органов;
 - г) протекает легко;
 - д) летальность до 25%.
071. Особенности ревматического энцефалита следующие:
- а) развитие гиперкинезов;

- б) отсутствие гиперкинезов;
 - в) отсутствие психических расстройств;
 - г) наличие выраженности вегетативных расстройств.
072. Для ревматического энцефалита у детей характерно:
- а) наличие периода недомогания с головной болью, двоение в глазах;
 - б) наличие галлюцинаций;
 - в) наличие психосенсорных расстройств;
 - г) развитие ипохондрических реакций.
073. По характеру воспалительного процесса и изменений цереброспинальные менингиты бывают:
- а) геморрагические;
 - б) серозные;
 - в) гнойные.
074. Вирусные менингиты по характеру являются:
- а) смешанными;
 - б) серозными;
 - в) гнойными.
075. Серозными по характеру являются:
- а) туберкулезный менингит;
 - б) менингит, вызванный ЕСНО-вирусами;
 - в) менингококковый менингит;
 - г) бруцеллезный менингит.
076. В зависимости от развития и течения менингиты бывают:
- а) молниеносные;
 - б) острые;
 - в) подострые;
 - г) хронические.
077. По локализации процесса выделяют менингиты:
- а) генерализованные;
 - б) ограниченные;
 - в) конвекситальные;
 - г) базальные.
078. Менингит обычно не развивается:
- а) при острой черепно-мозговой травме;
 - б) при открытой позвоночно-спинальной травме;
 - в) при переломах и трещинах основания черепа, сопровождающихся ликвореей;
 - г) при закрытой черепно-мозговой травме.
079. Возможны следующие пути инфицирования мозговых оболочек:
- а) контактный;
 - б) трансвариальный;
 - в) периневральный;
 - г) лимфогенный;
 - д) гематогенный.
080. Входными воротами инфекции при менингите, развившемся гематогенным путем, могут служить:
- а) слизистые оболочки носоглотки;
 - б) слизистая оболочка бронхов;
 - в) слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта.
081. К патогенетическим механизмам клинических проявлений менингита не относятся:
- а) воспаление и отек мозговых оболочек;
 - б) дисциркуляция в мозговых и оболочечных сосудах;
 - в) гиперсекреция цереброспинальной жидкости;
 - г) перераздражение оболочек мозга и корешков черепных нервов;
 - д) гидродинамический удар;
082. Диагноз менингита устанавливается на основе сочетания:
- а) общеинфекционного синдрома;
 - б) выраженной очаговой симптоматики;
 - в) оболочечного (менингеального) синдрома;
 - г) воспалительных изменений цереброспинальной жидкости.

083. Диагноз менингита уточняется на основании:
- а) исследования цереброспинальной жидкости;
 - б) биопсии головного мозга;
 - в) бактериологических методов;
 - г) вирусологических методов.
084. К проявлениям менингеального синдрома относятся:
- а) головная боль, рвота;
 - б) симптом Ласега;
 - в) общая гиперестезия;
 - г) симптом Кернига.
085. Для головной боли при менингите характерно:
- а) резкая выраженность;
 - б) распирающий, разрывающий характер;
 - в) наличие «триггерных» точек;
 - г) сдавливающий характер.
086. В ранней стадии менингита:
- а) часто возникает рвота, не связанная с приемом пищи;
 - б) рвота всегда связана с приемом пищи;
 - в) возможны судороги;
 - г) судорог никогда не бывает;
 - д) возможно психомоторное возбуждение;
 - е) бывает галлюцинаторно-бредовый синдром.
087. При менингите:
- а) глазное дно чаще не изменено, возможны венозная гиперемия, отек диска зрительного нерва;
 - б) обычно развивается мышечная гипотония;
 - в) глубокие рефлексы обычно оживлены;
 - г) глубокие рефлексы обычно снижены.
088. При подозрении на менингит в цереброспинальной жидкости исследуют:
- а) ликворное давление;
 - б) белок;
 - в) сахар и хлориды;
 - г) клеточный состав;
 - д) микроорганизмы.
089. Цереброспинальная жидкость при гнойных менингитах:
- а) обычно мутная;
 - б) обычно вытекает под пониженным давлением;
 - в) имеет пониженное содержание белка;
 - г) содержит большое количество лимфоцитов.
090. Цереброспинальная жидкость при серозных менингитах:
- а) вытекает под повышенным давлением;
 - б) обычно мутная;
 - в) содержит большое количество нейтрофилов;
 - г) содержит большое количество лимфоцитов.
091. В старческом возрасте при менингитах:
- а) головная боль незначительная или отсутствует;
 - б) головная боль очень интенсивная;
 - в) симптомы Кернига и Брудзинского могут отсутствовать;
 - г) часто наблюдается психомоторное возбуждение;
 - д) часто наблюдаются апатия или сонливость.
092. Для лечения менингококкового менингита:
- а) адекватная доза пенициллина составляет 24 000 000 - 32 000 000 ЕД в сут.;
 - б) адекватная доза пенициллина составляет 8 000 000-12 000 000 ЕД в сут.;
 - в) целесообразно назначение сульфаниламидных препаратов;
 - г) сульфаниламидные препараты неэффективны.
093. Туберкулезный менингит:
- а) характеризуется острым началом;
 - б) сопровождается субфебрильной температурой;

- в) сопровождается гектической лихорадкой;
 - г) не сопровождается глазодвигательными расстройствами;
 - д) часто дает глазодвигательные расстройства.
094. При менингите, вызванном вирусами герпеса:
- а) показано назначение РНК-азы;
 - б) показано назначение ДНК-азы;
 - в) эффективен ацикловир;
 - г) неэффективен ацикловир;
 - д) разгрузочные люмбальные пункции не показаны.
095. В отношении церебрального арахноидита справедливо:
- а) в патогенезе ведущую роль играют неспецифические аутоиммунные реакции;
 - б) характерно подострое течение;
 - в) частым является переход в хроническую форму;
 - г) черепно-мозговые травмы не могут быть пусковым фактором.
096. Одним из ведущих симптомов арахноидита конвексительной локализации является:
- а) прогрессирующее снижение остроты зрения;
 - б) общие и джексоновские эпилептические припадки;
 - в) падение в сторону поражения;
 - г) поражение IX, X, XII пар черепных нервов.
097. При диагностике церебрального арахноидита:
- а) на обзорных краниограммах не бывает изменений;
 - б) на обзорных краниограммах выявляются призраки внутричерепной гипертензии;
 - в) решающее значение имеет пневмоэнцефалография;
 - г) пневмоэнцефалография не используется.
098. При лечении церебрального арахноидита не используются:
- а) лидаза;
 - б) пирогенал;
 - в) бийодхинол;
 - г) диакарб;
 - д) церебролизин;
 - е) эписилон - аминокaproновая кислота.
099. Диагноз сотрясения головного мозга может быть поставлен при наличии:
- а) кратковременной потери сознания;
 - б) тошноты, рвоты;
 - в) антеградной амнезии;
 - г) стойкой сенситивной атаксии.
100. В генезе симптоматики при сотрясении головного мозга имеют значение:
- а) наличие «гидродинамического удара»;
 - б) обратимые функциональные нарушения межнейронных связей;
 - в) стойкие органические нарушения межнейронных связей;
 - г) рефлекторно-сосудистые реакции.
101. Для острого сотрясения головного мозга характерны:
- а) тошнота, рвота;
 - б) головная боль;
 - в) головокружение;
 - г) вегетативно-вазомоторные нарушения;
 - д) стойкая утрата сознания.
102. В остром периоде сотрясения головного мозга могут иметь место:
- а) расширение или сужение зрачков;
 - б) длительный сопор;
 - в) анизокория;
 - г) преходящие глазодвигательные нарушения;
 - д) нистагм;
 - е) анизорефлексия глубоких рефлексов.
103. При ушибе головного мозга:
- а) нарушения сознания могут быть длительными и глубокими;
 - б) не бывает менингеальных симптомов;
 - в) выражены очаговые симптомы;

- г) возможны эпилептические припадки.
104. При травматических эпидуральных гематомах:
- а) часто бывает светлый промежуток;
 - б) общемозговые симптомы носят нарастающий характер;
 - в) не бывает очаговой симптоматики;
 - г) быстро могут присоединяться стволые нарушения.
105. При сотрясении головного мозга показаны:
- а) постельный режим 1 -2 дня;
 - б) постельный режим 5-7 дней;
 - в) антигистаминные препараты;
 - г) диуретики.
106. При травматической эпидуральной гематоме:
- а) больные должны лечиться на дому из-за опасности транспортировки;
 - б) показано консервативное лечение;
 - в) показано оперативное лечение в условиях нейрохирургического стационара;
 - г) показано оперативное лечение в условиях общехирургического стационара.
107. К перинатальным поражениям головного мозга относятся патологические изменения:
- а) в антенатальном периоде;
 - б) в препубертатном периоде;
 - в) во время родов;
 - г) в первые дни после рождения.
108. При тяжелой асфиксии новорожденных:
- а) оценка по шкале Апгар 6 -7 баллов;
 - б) оценка по шкале Апгар 1 - 4 балла;
 - в) мышечный тонус снижен;
 - г) нарушено самостоятельное сосание и глотание;
 - д) рефлексы не определяются.
109. Для симпатoadрeналовых вегетативно - сосудистых пароксизмов характерны:
- а) головная боль, сердцебиение;
 - б) онемение и похолодание конечностей;
 - в) брадикардия;
 - г) снижение артериального давления;
 - д) гипертермия;
 - е) страх смерти.
110. Для вагоинсулярных вегетативно-сосудистых пароксизмов характерны:
- а) ощущение жара в голове, удушье;
 - б) тахикардия;
 - в) снижение артериального давления;
 - г) тошнота, головокружение;
 - д) усиление перистальтики кишечника.
111. В диагностике диэнцефального синдрома имеют значение:
- а) сахарная кривая;
 - б) термометрия в 3 точках;
 - в) люмбальная пункция;
 - г) электроэнцефалография.
112. При лечении диэнцефального синдрома показано:
- а) назначение транквилизаторов;
 - б) назначение антидепрессантов;
 - в) назначение адреноблокаторов;
 - г) назначение антигистаминных препаратов.
113. При микроцефалии:
- а) отмечается уменьшение количества мозговых извилин;
 - б) большие полушария мозга и размеры мозгового черепа уменьшены;
 - в) количество мозговых извилин не изменено;
 - г) клиническая симптоматика отсутствует.
114. Микроцефалия:
- а) относится к дефектам развития головного мозга;
 - б) может сопровождаться атрофией мозолистого тела;

- в) никогда не сопровождается внутренней гидроцефалией;
 - г) проявляется слабоумием;
 - д) никогда не проявляется слабоумием.
115. При врожденной гидроцефалии:
- а) не изменяется состояние родничков;
 - б) отмечается расхождение швов черепа, определяемое на рентгенограмме;
 - в) определяется выбухание большого родничка;
 - г) при перкуссии черепа отмечается «звук разбитого горшка».
116. Аура большого судорожного припадка:
- а) у одного и того же больного носит стереотипный характер;
 - б) видоизменяется от припадка к припадку;
 - в) продолжается несколько часов;
 - г) продолжается несколько секунд.
117. Клоническая фаза эпилептического припадка:
- а) продолжается 2 -3 минуты;
 - б) сочетается с ясным сознанием больного;
 - в) сопровождается резким сужением зрачка;
 - г) никогда не сопровождается непроизвольным мочеиспусканием.
118. У больного с впервые возникшим судорожным припадком необходимо исключить:
- а) опухоль головного мозга;
 - б) абсцесс головного мозга;
 - в) менингоэнцефалит;
 - г) субарахноидальное кровоизлияние.
119. При наличии судорожного синдрома в диагностическом плане целесообразно проведение:
- а) электроэнцефалографии;
 - б) эхоэнцефалографии;
 - в) исследование глазного дна;
 - г) компьютерной томографии.
120. По истечении припадка:
- а) сознание отсутствует;
 - б) зрачки не реагируют на свет
 - в) отсутствует непроизвольное мочеиспускание
 - г) не бывает ушибов, прикусов языка
121. К противосудорожным препаратам не относятся:
- а) фенобарбитал;
 - б) дифенин;
 - в) допамин;
 - г) бензонал;
 - д) гексамидин.
122. При использовании тиопентала натрия существует опасность:
- а) гипертонического криза;
 - б) угнетение дыхания;
 - в) снижение АД.
123. Болезнь Литтля:
- а) наиболее распространенная форма детского церебрального паралича;
 - б) наиболее отчетливо проявляется к концу первого года жизни;
 - в) наиболее отчетливо проявляется на втором-третьем десятилетии жизни;
 - г) проявляется спастическими парезами и параличами;
 - д) сопровождается психическими и речевыми расстройствами.
124. Двойная гемиплегия:
- а) самая тяжелая форма детского церебрального паралича;
 - б) наиболее тяжелая форма детского церебрального паралича;
 - в) сопровождается резким снижением двигательной активности ребенка;
 - г) сопровождается резкой задержкой психического развития ребенка;
 - д) протекает с тяжелым судорожным синдромом.
125. При гиперкинетической форме детского церебрального паралича:
- а) преобладает атетодный гиперкинез;
 - б) на 1 -м месяце жизни имеется мышечная гипотония;

- в) со 2-го месяца жизни характерны колебания мышечного тонуса;
 - г) часто развивается судорожный синдром;
 - д) на первый план выходят нарушения интеллекта.
126. В диагностике детского церебрального паралича на 1-м году жизни ребенка не учитывается:
- а) отягощенный анамнез беременности;
 - б) асимметрия мышечного тонуса;
 - в) наличие атетоидного гиперкинеза;
 - г) наличие положительного симптома Бабинского.
127. Рассеянный склероз:
- а) наиболее часто поражает мужчин старших возрастных групп;
 - б) наиболее часто поражает женщин в возрасте от 16 до 35 лет;
 - в) сопровождается аллергической перестройкой всего организма;
 - г) является наследственной патологией.
128. При рассеянном склерозе:
- а) наиболее часто симптоматика начинается с поражения зрительного нерва;
 - б) никогда не исчезают брюшные рефлексы;
 - в) характерно исчезновение поверхностных брюшных рефлексов;
 - г) возможно начало заболевания с глазодвигательных расстройств.
129. Бляшки при рассеянном склерозе наиболее часто локализируются:
- а) в зрительном бугре;
 - б) в зрительных нервах;
 - в) в боковых канатиках спинного мозга;
 - г) в мозжечке.
130. Поражения зрительного нерва при рассеянном склерозе проявляются:
- а) ощущением нечеткости изображения;
 - б) преходящей слепотой;
 - в) снижением остроты зрения;
 - г) скотомами.
131. Триада Шарко при рассеянном склерозе включает:
- а) скандированную речь, интенционный тремор, нистагм;
 - б) нистагм, акинетико-ригидный синдром, тремор;
 - в) тик, скандированную речь, моторную афазию.
132. Спинальная форма рассеянного склероза в развернутую фазу характеризуется:
- а) нижним спастическим парапарезом;
 - б) нарушениями чувствительности;
 - в) тазовыми расстройствами;
 - г) отсутствием нарушений произвольных движений.
133. Для уточнения рассеянного склероза показаны:
- а) исследование иммунологического статуса;
 - б) исследование вызванных потенциалов;
 - в) биопсия мозгового вещества;
 - г) компьютерная и ядерномагнитнорезонансная томография.
134. Для лечения рассеянного склероза показано назначение:
- а) энтеросорбентов;
 - б) преднизолона в дозе 4-5 мг/кг массы тела;
 - в) преднизолона в дозе 1- 1,5 мг /кг массы тела.
135. Для классической (офтальмической) формы мигрени характерно:
- а) предвестники в виде обонятельных и слуховых галлюцинаций;
 - б) предвестники в виде преходящей гемианопсии, фотопсии;
 - в) расширение и напряженность височной артерии;
 - г) слезотечение, покраснение глазных яблок на стороне боли.
136. Для атипичной (обыкновенной) мигрени не характерно:
- а) субфебрильная температура во время головной боли;
 - б) предвестники в виде эйфории или депрессии;
 - в) резкое ухудшение состояния во время беременности;
 - г) появление головной боли во время сна или вскоре после пробуждения.
137. Для головной боли при ассоциированной мигрени характерно сочетание:
- а) с преходящим гемипарезом;

- б) с парезом мимических мышц;
- в) с мозжечковыми нарушениями;
- г) с выраженными психическими нарушениями.

138. При мигрени:

- а) приступы болей не носят наследственного характера;
- б) приступы болей чаще носят наследственный характер;
- в) рвота уменьшает выраженность приступа;
- г) рвота не влияет на интенсивность болей.

Ответы на тестовые задания:

001	АБГ	036	АБВГ	071	АГ	106	В
002	АБГ	037	АБВГ	072	АБВГ	107	АВГ
003	АБВГ	038	АВГ	073	БВ	108	БВГД
004	АБВГ	039	АБГ	074	Б	109	АБДЕ
005	АБГ	040	АБВ	075	АБГ	110	АВГД
006	АБГ	041	АВ	076	АБВГ	111	АБ
007	АБВ	042	АБВГ	077	АБВГ	112	АБВГ
008	АБВГ	043	БВГ	078	Г	113	АБ
009	БВГ	044	АБВ	079	АВГД	114	АБГ
010	АБВ	045	В	080	АБВ	115	БВГ
011	АБГ	046	АВГ	081	Д	116	АГ
012	АБГД	047	АВ	082	АВ	117	А
013	АБГ	048	АБВГ	083	АВГ	118	АБВГ
014	БВ	049	БВГ	084	АВГ	119	АБВГ
015	АБГ	050	АБГ	085	АБГ	120	ВГ
016	АВГ	051	АБВГ	086	АВДЕ	121	В
017	АБД	052	АБВ	087	АБГ	122	БВ
018	АБГД	053	АБВ	088	АБВГД	123	АБГД
019	АВГД	054	АБ	089	А	124	БВГД
020	АБГД	055	АБВ	090	А	125	АБВ
021	АБГД	056	АВГ	091	АВГД	126	Г
022	АВГД	057	АВГ	092	АВ	127	БВ
023	АГ	058	БВ	093	БД	128	АВГ
024	БГ	059	АБВГ	094	АВ	129	БВГ
025	АБГ	060	АВГ	095	АБВ	130	АБВГ
026	АБВГ	061	АБВ	096	Б	131	А
027	БГД	062	АБГД	097	БВ	132	АБВ
028	АВ	063	АГ	098	Е	133	АБГ
029	АБГ	064	АБГ	099	АБВ	134	АВ
030	АБГ	065	АБВ	100	АБГ	135	АБГ
031	АБ	066	АГ	101	АБВГ	136	В
032	БВД	067	БВ	102	АВГДЕ	137	АБВГ
033	АБ	068	АБВГ	103	АВГ	138	БВ
034	Г	069	АБВ	104	АБГ		
035	АБВГ	070	АБВД	105	БВГ		

4) Решить ситуационные задачи:

Задача 1.

Больная А., 72 лет, поступила в неврологическое отделение в ноябре 2002г. с жалобами на снижение памяти, общую слабость. Указанные жалобы появились в сентябре 2002г., до этого времени больная была физически активной, никогда ранее не отмечала снижения памяти. В неврологическом статусе обращали внимание наличие слабовыраженной очаговой симптоматики, умеренно выраженные мнестические расстройства.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Дальнейшее обследование?

Задача 2.

Больная О., 22 года, поступила в неврологическое отделение с жалобами на преходящее снижение зрения, слабость в ногах.

При осмотре: отмечается нистагм, снижение брюшных рефлексов, интенционный тремор.

Вопрос: каков предварительный диагноз?

Задача 3.

Больной К., 16 лет, обратился к неврологу с жалобами на дрожь в руках, трудность совершения движений. При разговоре с родителями последние обратили внимание на изменение поведения подростка: снижение интереса к учебе, агрессивности. Ребенок был усыновлен в возрасте 2 лет, данные о наследственной патологии неизвестны.

Объективно выявлены следующие симптомы: тремор, умеренная мышечная ригидность. Отмечалось некоторое увеличение печени. В биохимическом анализе крови - повышение уровня АЛТ.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие исследования должны быть проведены для постановки окончательного диагноза?
3. Каки е рекомендации необходимо дать родителям по лечению подростка?

Задача 4.

Больная Л., 67 лет, обратилась к неврологу с жалобами на боли в поясничной области. Считает себя больной в течение полугода, на протяжении этого срока боли без существенного прогрессирования, проведенная терапия нестероидными противовоспалительными эффекта не оказала.

При осмотре: корешковый и мышечно-тонические синдромы выражены неотчетливо. Обследование: в анализе крови - небольшая анемия, СОЭ 52 мм/ч.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Задача 5.

Больная В., 35 лет, жалуется на головные боли, по поводу которых обратилась к неврологу. При опросе было уточнено, что головные боли появились около трех недель назад, их возникновение сопровождалось чувством «заложенности» носа. Первые две недели отмечался субфебрилитет (37,2°C).

Вопросы:

1. . Предварительный диагноз?
2. . Дополнительные исследования?

Задача 6.

Больная М., 63 лет, поступила в неврологическое отделение с диагнозом ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии. За время пребывания в стационаре у больной отмечалась лихорадка 38 - 39°C, в общем анализе крови – лейкоцитоз, повышенное СОЭ.

Вопросы:

1. Какое заболевание прежде всего следует исключить у больной?
2. Является ли нарушение мозгового кровообращения осложнением этого заболевания?

Задача 7.

У ребёнка 9 месяцев, после перенесенной вирусной инфекции, протекавшей с температурой 38,5°C, помрачением сознания, общим тяжелым состоянием ребенка, с насморком, кашлем, отхождением мокроты – спустя 3 месяца на фоне общего благополучия появились частые головные боли, беспокойство, капризность, вялость. При повторном осмотре определена окружность головы 55см, на рентгенограмме – расширение продольного шва и истончение костей черепа. При неврологическом осмотре установлено неточность движений рук, промахивание, понижение тонуса мышц и значительное покачивание при ходьбе с поддержкой за руку. На глазном дне – значительное расширение вен дна, отёчность дисков зрительных нервов.

Вопросы:

1. .Какой синдром формируется у ребенка?
2. .Какими методами возможно уточнить диагноз?
3. 3.Ваши назначения ребёнку.

Задача 8.

У больного 50-и лет, страдающего в течение 10 лет артериальной гипертонией с подъёмами АД до 200/120 мм рт. ст., в очередной раз возникли сильные головные боли, головокружение, рвота, общее тяжёлое состояние. Был уложен в постель, назначены гипотензивные препараты, анальгетики, мочегонные средства.

Стойко удерживалось АД 220/120 мм рт.ст., повторная рвота, разлитая интенсивная головная боль, светобоязнь, не мог заснуть всю ночь. Вызванный утром участковый врач выявил у больного ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон.

Вопросы:

1. Ваши предположения по диагнозу и осложнению.
2. Где лечить такого больного, дополнительные исследования?
3. Лечебные мероприятия.

Задача 9.

У школьника 10 лет остро возникло общее недомогание, озноб, ломота в мышцах. Поднялась температура до 38,5°C. Головные боли быстро усилились до нестерпимых, разрывающего характера, которые усиливались при резких звуках, ярком свете.

При осмотре врачом ребёнок лежит в постели на боку, глаза прикрыты, загружен. Голова запрокинута кзади, ноги прижаты к животу, мышцы живота напряжены, втянуты. Резко выражена ригидность мышц затылка, с обеих сторон симптом Кернига.

Вопросы:

1. Каковы предположения о диагнозе заболевания по анамнезу и клиническим симптомам?
2. Чем следует подтвердить диагноз?
3. Лечебные мероприятия.

Задача 10.

У молодой женщины 22 лет на фоне полного благополучия внезапно возникла сильнейшая головная боль, с ощущением разлитого жара в голове, впечатление «удара по затылку». Была многократная рвота. Потеряла сознание на несколько дней. АД= 110/70 мм рт. ст., пульс 82 уд/мин. В бессознательном состоянии доставлена в больницу. На консультацию вызван врач общей практики.

При осмотре – контакт ограниченный. Температура 36,7°C. Зрачки равные, узкие, фотореакция зрачков сохранена. Движения в конечностях сохранены. Выявляется ригидность мышц затылка и симптом Кернига с 2-х сторон.

Вопросы:

1. Что случилось с женщиной с учётом анамнеза и симптомов?
2. Чем возможно уточнить диагноз?
3. Ваше лечение в острой стадии заболевания и организационные мероприятия в отношении лечения больной?

Задача 11.

Больной С., 69 лет, пенсионер, занимался последние годы в собственном доме и на приусадебном участке. Отмечал умеренное снижение памяти, поверхностный сон, периодически умеренные головные боли. АД отмечалось в пределах 140/90 мм рт. ст., пульс ритмичный 68 уд/мин.

Утром после сна обнаружен паралич правых конечностей и нарушения речи – пытался невнятно что-то сказать, не понимал обращённой речи, не выполнял инструкций. АД 160/100 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Больной в сознании, двигает левой рукой и ногой, глотание не нарушено. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Что случилось с больным? Сформулируйте диагноз?
2. Каковы организационные и лечебные мероприятия?
3. Какой прогноз заболевания, назначения при переживании пациента острого периода?

Задача 12.

Больная Л., 61 год, более в течение 2-х лет с постепенным развитием проявлений заболевания. Вначале отметила мелкое ритмическое дрожание пальцев правой, а затем и левой кисти; дрожание возникало в покое и проходило при активных движениях. Появилось изменение походки – стало трудно начать движение (долго топчется на месте); походка стала шаркающей, мелкими шажками, неустойчивой. Появилась общая скованность мышц, изменилась речь- голос тихий, монотонный, застывшее выражение лица, редкое мигание. В течение указанного срока болезнь постепенно прогрессирует.

Вопросы:

1. На что указывают симптомы болезни, диагноз?
2. Какая причина нарушений моторики у больной?
3. Чем лечить больную?

Задача 13.

Больная О., 30 лет, ранее оперирована по поводу митрального порока сердца. АД 115/75 мм рт.ст., пульс аритмичный, 80 уд/мин. После операции компенсирована, работает с неполной дневной нагрузкой.

Заболела остро: внезапно появилась головная боль в левой половине головы, головокружение, лицо покраснело, кратковременная утрата сознания. Бригада «скорой помощи» выявила лёгкое оглушение у больной, АД 110/80, пульс 96 уд/мин, аритмичный. Выявлена слабость правых конечностей, акцент сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. ЭКГ - мерцательная аритмия, гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Что случилось с пациенткой, каков механизм ухудшения состояния у больной?
2. Сформулируйте диагноз?
3. Неотложные мероприятия больной?
4. Каков прогноз и мероприятия после острого периода?

Задача 14.

Больная 37 лет. Заболела постепенно в течение года. Вначале отметила снижение слуха на левое ухо, Позднее присоединилось пошатывание при ходьбе, неточность движений левой рукой. Позднее появилось онемение левой половины лица, перекос лица вправо, поперхивание при глотании жидкой пищи. На фоне указанных нарушений развились стойкие головные боли, сопровождающиеся на высоте приступа рвотой; головная боль усиливалась в предутренние часы и при пробуждении и облегчалась при вертикальном положении больной. Больная стала вялой, заторможенной, периодически появляются «затуманивания зрения».

Вопросы:

1. Какой характер течения болезни и предположения по диагнозу.
2. Дополнительные исследования для топического диагноза поражения нервной системы.
3. Медикаментозная облегчение состояния больной и дальнейшие мероприятия.

Задача 15.

Больная 33 лет, была «избита» во время семейной ссоры, кратковременно теряла сознание. В тот же день осмотрена травматологом и с диагнозом «ушибы покровов головы, сотрясение мозга», рекомендовано лечение амбулаторно. Больная принимала диакарб, анальгетики, димедрол на ночь. Через 10 дней приступила к работе.

Больную продолжала беспокоить диффузная головная боль. Сослуживцы отметили вялость больной, замедленность в движениях, утомляемость. Затем интенсивность головной боли выросла, появилась рвота, адинамия, сонливость. Доставлена в стационар. На консультацию вызван врач общей практики.

При осмотре состояние тяжёлое, пульс 52 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. Неравномерность зрачков, шире правый, опущено правое веко. Умеренная ригидность мышц затылка, двусторонний симптом Кернига. Асимметрия лица – сглаженность левой носогубной складки, легкая слабость левых конечностей.

Вопросы:

1. Какова причина отяжеления состояния больной ?
2. Каков механизм возникшего осложнения?
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Что угрожает пациентке при поступлении в стационар?
5. Ваши неотложные мероприятия.

Задача 16.

Больной 28 лет, перенес черепно-мозговую травму с кратковременной утратой сознания. Полного лечения не провёл, приступил к работе. Через полгода стал отмечать периодическое повышение АД до 160/100 мм рт. ст. В душном помещении стали появляться ощущения дурноты, сердцебиения, обильного липкого пота, потемнения перед глазами, чувства «ватных ног». Стали возникать периодические немотивированные сердцебиения; чувство нехватки воздуха, что вызывало форсированное дыхание; слабость, метеолабильность, снижение выносливость к нагрузкам. Стал часто обращаться к врачу.

На этом фоне у больного возникло внезапное ухудшение состояния: без причины, внезапно появилось выраженное сердцебиение, подъём артериального давления, одышка, паническое состояние, страх смерти, общее возбуждение. Приступ длился 30 минут, по ослаблении его у больного при мочеиспускании выделилось большой объём светлой мочи.

Вопросы:

1. Какие изменения произошли у больного после черепно-мозговой травмы и механизм этих нарушений?
2. Какие виды нарушений имеются у больного и охарактеризуйте острый эпизод?
3. Помощь в купировании острых нарушений, а также лечение ведущего синдрома.

Ответы к ситуационным задачам

Задача 1:

1. Дисциркуляторная энцефалопатия. Ишемический инсульт?
2. Компьютерная томография (исследование у больной действительно позволило выявить очаг ишемического инсульта).

Задача 2: Рассеянный склероз.

Задача 3:

3. Болезнь Вильсона
4. Исследование церулоплазмина в крови и меди в моче.
3. Прием медьхелатирующих препаратов должен быть пожизненным.

Задача 4:

1. Миеломная болезнь.
2. Электрофорез белка (М-градиент), белок Бенс-Джонса в моче.

Задача 5: Воспаление гайморовых пазух. Необходимо провести рентгенологическое исследование придаточных пазух носа.

Задача 6:

3. Инфекционный эндокардит, для исключения которого следует провести посев крови на стерильность на пике лихорадки.
4. Инсульт у больной, наиболее вероятно, явился осложнением инфекционного эндокардита.

Задача 7:

1. Водянка мозга.
2. Ультразвуковое исследование мозга или магнитнорезонансное томографическое исследование; исследование цереброспинальной жидкости (давление, состав ликвора)
3. Диакарб в таблетках.

Задача 8:

1. Артериальная гипертензия, геморрагический инсульт (возможно, субарахноидальное кровоизлияние).
2. Госпитализация в стационар. Подтверждение диагноза – люмбальная пункция, нейровизуализация – компьютерная томография, магнитнорезонансное томографическое исследование головного мозга.
3. Гипотензивные средства, мочегонные препараты (дегидратация) – лазикс, прокагулянты (эпсилон-аминокапроновая кислота, дицинон).

Задача 9:

1. Острый микробный менингит.
2. Исследование цереброспинальной жидкости (давление, физические свойства, состав), посев на флору и чувствительность к антибиотикам. Общие анализы крови и мочи.
3. Госпитализация в инфекционное отделение или общий стационар. Экстренно назначение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия (на грамм-положительные и отрицательные микробы), анальгетики, инфузии внутривенно физиологического раствора и др. (дезинтоксикация).

Задача 10:

1. Субарахноидальное кровоизлияние (самопроизвольное) – синдром «раздражения мозговых оболочек».
2. Госпитализация в стационар, люмбальная пункция с исследованием цереброспинальной жидкости.
3. Назначение коагулянтов – дицинон, эпсилон-аминокапроновой кислоты, анальгетики, дексаметазон.
4. Консультация нейрохирурга (перевод в нейрохирургическое отделение – поиск источника кровотечения).

Задача 11:

1. Сосудистая энцефалопатия, ишемический инсульт в левом полушарии головного мозга.
2. Госпитализация, назначение дезагрегантов (аспирин, трентал), кавинтона, ноотропов, мексидола, глицина, антибиотиков – по показаниям.
3. Реабилитация (ноотропы, кавинтон, расхаживание и друг.). Профилактика повторного инсульта – дезагреганты, статины.

Задача 12:

1. Паркинсонизм.
2. Дефицит медиатора дофамина.
3. Циклодол, препараты леводопы, проноран.

Задача 13:

1. Кардиогенная эмболия сосудов мозга в левом полушарии.
2. Госпитализация. Антикоагулянты – гепарин, трентал, кавинтон, сердечные (по показаниям).
3. Антикоагулянты – варфарин, консультация кардиолога (нормализация ритма сердца).

Задача 14:

1. Опухоль головного мозга (в задней черепной ямке).
2. Нейровизуализация – магнитнорезонансная томография головного мозга, осмотр глазного дна офтальмологом.
3. Дегидратационная терапия (маннитол, лазикс, дексаметазон) – предупреждение вклинения мозга в большое затылочное отверстие.

Задача 15:

1. Посттравматическая хроническая внутричерепная гематома.
2. Травматическое повреждение вен головного мозга с медленным формированием гематомы.
3. Рентгенограмма черепа (перелом костей), нейровизуализация – компьютерная томография магнитно-резонансная томография и головного мозга.
4. Вклинение мозга в тенториальную вырезку намёта мозжечка, сдавление ствола мозга.
5. Экстренная госпитализация. Мощная дегидратация – маннитол 1-1,5 г/л внутривенно капельно, лаксикс до 80-120 мг/с, дексаметазон, прокоагулянты (дицинон). Консультация с нейрохирургом по санитарной авиации, вызов на себя.

Задача 16:

1. Последствия черепно-мозговой травмы, синдром вегетативной дистонии.
2. В клинике перманентные вегетативные расстройства полисистемного характера. Симпато - адреналовый криз (паническая атака).
3. Купирование симпатического криза диазепамом (реланиум, сибазон) по 10 мг внутримышечно, внутривенно или в таблетках. Постоянное назначение грандаксина, клоназепама, афобазола (или антидепрессантов).

Рекомендуемая литература:

Основная:

28. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

Дополнительная:

27. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

Раздел. Пациент с нарушением психики в ОВП

Темы:

1. «Нормальное психо-социальное развитие и поведение в разные возрастные периоды и их варианты»;
2. «Факторы риска психических расстройств»;
3. «Нарушения психического здоровья»;
4. «Взаимоотношения врач-пациент, включая зависимость пациента, имеющего психические расстройства и расстройства поведения от врача»;
5. «Профилактика психических расстройств и расстройств поведения».

Цель: к концу изучения модуля «Психическое здоровье» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, позволяющие эффективно оказывать соответствующую помощь пациентам с проблемами, связанными с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в разные возрастные периоды.

Задачи:

1. Уметь проводить клиническое психиатрическое обследование пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в условиях ОВП.
2. Знать распространенность основных психических расстройств и расстройств поведения в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Распознавать и оценивать проблемы психического здоровья на ранних стадиях болезни.
4. Знать основные индикаторы риска у пациентов и оказывать им соответствующую помощь (например, опасные психические заболевания, насилие, сексуальное злоупотребление, риск самоубийства). Понимать важность раннего вмешательства и непрерывности помощи.
5. Проводить профилактические и реабилитационные мероприятия при психических расстройствах и расстройствах поведения, входящих в компетенцию ВОП (СВ), выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
6. Уметь устанавливать эффективные взаимоотношения с пациентами, имеющими психические расстройства и расстройства поведения, и их семьями в условиях ОВП.
7. Уметь организовать помощь пациентам, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

В контексте первичной медицинской помощи при проблемах, связанных с психическим здоровьем, нужно знать:

- этиологию и патогенез распространенных синдромов и заболеваний;
- естественное течение психических расстройств и расстройств поведения;
- распространенность психических расстройств и расстройств поведения в популяции и в различных половозрастных группах;
- типичные и нетипичные проявления и осложнения у взрослых, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста, беременных;
- факторы риска;
- особенности диагностики;
- лечение – начальное, неотложное, продленное;
- критерии для направления к специалистам и в стационар.

1. Нормальное психосоциальное развитие и нормальное поведение в разные возрастные периоды, их варианты.
2. Факторы риска психических расстройств и расстройств поведения.
 - 2.1. Возраст;
 - 2.2. Пол;
 - 2.3. Наследственность;
 - 2.4. Социальные перемены и т.п.;
 - 2.5. Макро- микроэкономические условия;
 - 2.6. Насилие в семье;
 - 2.7. Образ жизни, включая маргинальный;
 - 2.8. Соматические заболевания;
 - 2.9. Лекарственные препараты, действие которых сопряжено с высоким риском побочных психотропных эффектов.
3. Нарушения психического здоровья.
 - 3.1. Основные синдромы и симптомы:
 - 3.1.1. Нарушение сознания;

- 3.1.2. Нарушения мышления;
- 3.1.3. Нарушения восприятия;
- 3.1.4. Позитивные психопатологические синдромы, включая психомоторное возбуждение;
- 3.1.5. Негативные психопатологические синдромы.
- 3.2. Психические расстройства, преимущественно диагностируемые в детском и подростковом возрасте:
 - 3.2.1. Задержка умственного развития (умственная отсталость);
 - 3.2.2. Задержка развития учебных навыков;
 - 3.2.3. Задержка развития моторных функций (навыков);
 - 3.2.4. Коммуникативные расстройства;
 - 3.2.5. Дефицит внимания и расстройства поведения;
 - 3.2.6. Пищевые расстройства;
 - 3.2.7. Тики;
 - 3.2.8. Другие расстройства.
- 3.3. Делирий, деменцию (включая болезнь Альцгеймера), амнезию, когнитивные расстройства.
- 3.4. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ:
 - 3.4.1. Алкоголь;
 - 3.4.2. Опиоиды;
 - 3.4.3. Седативные, снотворные средства и транквилизаторы;
 - 3.4.4. Фенциклидин;
 - 3.4.5. Гашиш;
 - 3.4.6. Кокаин;
 - 3.4.7. Кофеин;
 - 3.4.8. Галлюциногены;
 - 3.4.9. Никотин;
 - 3.4.10. Амфетамины;
 - 3.4.11. Летучие растворители.
- 3.5. Шизофрению и другие психотические расстройства.
- 3.6. Аффективные расстройства (расстройства поведения):
 - 3.6.1. Дистимия;
 - 3.6.2. Депрессивное расстройство адаптации;
 - 3.6.3. Маниакально-депрессивный психоз.
- 3.7. Тревогу и тревожные расстройства:
 - 3.7.1. Паническое расстройство;
 - 3.7.2. Фобии;
 - 3.7.3. Обсессивно-компульсивное расстройство;
 - 3.7.4. Посттравматические стрессовые состояния;
 - 3.7.5. Тревожные расстройства, связанные с соматическими заболеваниями и приемом лекарственных препаратов или наркотиков.
- 3.8. Соматоформные расстройства.
 - 3.8.1. Соматизация.
 - 3.8.2. Ипохондрия.
 - 3.8.3. Психогенная боль.
 - 3.8.4. Конверсия (расстройство адаптации).
- 3.9. Невротические расстройства.
 - 3.9.1. Неврастения.
 - 3.9.2. Синдром хронической усталости.
 - 3.9.3. Неврозы.
- 3.10. Диссоциативные расстройства.
- 3.11. Психозы.
 - 3.11.1. Эндогенные и экзогенные.
 - 3.11.2. Острые и хронические.
- 3.12. Расстройства личности (психопатии).
 - 3.12.1. Параноидальное.
 - 3.12.2. Шизоидное.
 - 3.12.3. Шизотипическое.
 - 3.12.4. Диссоциальное, в том числе антисоциальное.

- 3.12.5. Эмоционально неустойчивое, в том числе пограничное.
- 3.12.6. Обсессивно-компульсивное.
- 3.12.7. Зависимая личность.
- 3.12.8. Другие специфические расстройства личности (замкнутая, самовлюбленная – нарциссическая, эксцентричная и др.).
- 3.13. Расстройства половой идентификации и сексуальные расстройства.
 - 3.13.1. Нарушения сексуального желания.
 - 3.13.2. Сексуальное отвращение.
 - 3.13.3. Расстройства оргазма.
 - 3.13.4. Парафилия.
 - 3.13.5. Болевые расстройства.
 - 3.13.6. Сексуальные дисфункции, связанные с соматическими заболеваниями.
 - 3.13.7. Расстройства половой идентификации.
- 3.14. Расстройства пищевого поведения.
 - 3.14.1. Нервная анорексия.
 - 3.14.2. Нервная булимия.
- 3.15. Расстройства сна.
 - 3.15.1. Бессонница.
 - 3.15.2. Гиперсомния.
 - 3.15.3. Нарколепсия.
 - 3.15.4. Расстройства сна, связанные с дыханием.
 - 3.15.5. Расстройства циркадного ритма сна.
 - 3.15.6. Парасомния.
- 3.16. Расстройства характера.
- 3.17. Расстройства контроля импульса.
- 3.18. Расстройства регулирования поведения и настроения.
 - 3.18.1. Депрессивное (угнетенное) настроение.
 - 3.18.2. Беспокойство.
 - 3.18.3. Тревожное поведение.
- 3.19. Злоупотребление алкоголем и наркотиками.
- 3.20. Пограничные расстройства.
- 3.21. Суицидальное поведение.
- 3.22. Другие состояния.
 - 3.22.1. Пациент, не выполняющий предписания.
 - 3.22.2. Симуляция, аггравация.
 - 3.22.3. Изменения психических функций, связанные с возрастом.
 - 3.22.4. Проблемы, связанные с обучением.
 - 3.22.5. Проблемы, связанные с профессиональной деятельностью.
 - 3.22.6. Расстройства самоидентификации.
 - 3.22.7. Проблемы, связанные со стадиями жизни.
 - 3.22.8. Тяжелая потеря и горе.
 - 3.22.9. Религиозные и духовные проблемы.
 - 3.22.10. Проблемы, связанные с адаптацией к чужой культуре.
- 4. Взаимоотношения врача с пациентом, включая зависимость пациента, имеющего психические расстройства и расстройства поведения, от врача.
- 5. Неотложные состояния, связанные с психическими расстройствами и расстройствами поведения.
 - 5.1. Острые психозы.
 - 5.2. Депрессия, склонность к суициду.
 - 5.3. Маниакально-депрессивное расстройство (биполярное нарушение).
 - 5.4. Паническая атака.
 - 5.5. Психомоторное возбуждение, включая агрессивные реакции пациента.
 - 5.6. Истерия.
 - 5.7. Острое стрессовое расстройство.
- 6. Диагностика психических расстройств поведения.
 - 6.1. Клиническое обследование и исследование психического статуса.
 - 6.1.1. Опрос, сбор анамнеза, включая семейный и сексуальный анамнез.

- 6.1.2. Наблюдение за больным для оценки поведенческих реакций, эмоционального состояния.
- 6.1.3. Беседа с больным, имеющим психические нарушения.
- 6.1.4. Исследование перцептивной сферы, выявление нарушения восприятия.
- 6.1.5. Исследование памяти, выявление дисмнестических нарушений.
- 6.1.6. Изучение ассоциативного процесса, выявление нарушений мышления (темп, стройность, целенаправленность).
- 6.1.7. Выявление патологии суждений, определение объективных признаков бреда.
- 6.1.8. Диагностика навязчивых и бредовых идей.
- 6.1.9. Выявление кататонических симптомов, основные приемы.
- 6.1.10. Оценка состояния сознания, критерии ясного сознания.
- 6.1.11. Диагностика синдромов помрачнения сознания.
- 6.1.12. Диагностика эпилептических пароксизмов.
- 6.1.13. Выявление клинических признаков депрессивного синдрома.
- 6.1.14. Выявление суицидальных намерений.
- 6.1.15. Диагностика психомоторного возбуждения.
- 6.1.16. Диагностика алкогольного и наркотического опьянения, зависимости.
- 6.1.17. Диагностика нарушений пищевого поведения.
- 6.2. Экспериментальные психологические методы диагностики нарушений внимания, памяти, ассоциативного процесса.
- 6.3. Экспериментальные психологические методы изучения личности.
- 6.4. Анализ внутренней картины болезни.
7. Клиническая фармакология психических расстройств. Основные группы лекарственных средств.
 - 7.1 Антидепрессанты.
 - 7.2 Транквилизаторы.
 - 7.3 Снотворные.
 - 7.4 Противосудорожные.
 - 7.5 Нейролептики.
 - 7.6 Психолептики.
 - 7.7 Центральные холинолитики.
8. Немедикаментозные методы лечения.
 - 8.1. Психотерапевтические методы лечения психических расстройств и расстройств поведения.
 - 8.1.1. Рациональная психотерапия.
 - 8.1.2. Суггестия.
 - 8.1.3. Аутотренинг.
 - 8.1.4. Внушение в состоянии бодрствования.
9. Этические и юридические аспекты оказания помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения.
10. Профилактика психических расстройств и расстройств поведения.
 - 10.1. Алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.
 - 10.2. Табакокурения.
 - 10.3. Суицидальных попыток.
 - 10.4. Диспансеризация.
 - 10.5. Психотерапия.
11. Реабилитация.
 - 11.1 Индивидуальная и семейная психотерапия, включая семейное воспитание.
 - 11.2 Группы поддержки.
 - 11.3 Социально – профессиональная реабилитация.
12. Психосоциальные проблемы.
 - 12.1. Социальная адаптация.
 - 12.2. Изменения в семье больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения.
 - 12.3. Функция семьи в преодолении стрессовых воздействий.

Обучающийся должен уметь: врач должен иметь необходимые навыки, чтобы применять знания, которые требуются для ведения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/ манипуляциям необходимо:

- достичь полного их выполнения в соответствии со стандартом;
- уметь определять показания и противопоказания;
- уметь прогнозировать и выявлять побочные эффекты, осложнения и оказывать помощь при их

возникновении.

Обучающийся должен владеть:

1. Историей болезни пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения:
 - 1.1 Опросом (жалобы, анамнез, включая семейный и сексуальный).
 - 1.2 Исследованием психического статуса
2. Навыками общения:
 - 2.1 Особенности взаимоотношений пациента и врача.
3. Лабораторными методами исследования:
 - 3.1 Интерпретацией данных исследования для выявления алкогольного опьянения.
 - 3.2 Пониманием данных исследования для выявления наркотического опьянения.
4. Методами диагностики, процедурами/манипуляциями:
 - 4.1 Особенности беседы с пациентами, имеющими психические нарушения.
 - 4.2 Наблюдением за больным для оценки поведенческих реакций, эмоционального состояния.
 - 4.3 Оценкой состояния сознания, критерии ясного сознания.
 - 4.4 Выявлением клинических признаков депрессии.
 - 4.5 Выявлением суицидальных намерений.
 - 4.6 Диагностикой навязчивых и бредовых идей.
 - 4.7 Клиническими методами диагностики алкогольной и наркотической зависимости.
 - 4.8 Пониманием данных экспериментальных психологических методов изучения внимания, памяти, ассоциативного процесса.
 - 4.9 Пониманием психотерапевтических методов лечения.
5. Ведением пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения после выписки из стационара.
6. Навыками проведения консультации:
 - 6.1 Обучением пациентов и членов семьи, сиделок выполнению рекомендаций.
 - 6.2 Профилактическими рекомендациями пациенту и его семье.
 - 6.2.1 Употребление алкоголя, наркомании токсикомании.
 - 6.2.2 Отказ от табакокурения.
 - 6.2.3 Суицидальные попытки.
 - 6.2.4 Консультирование семьи больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения.
7. Организационная работа в ОВП по ведению пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения.
 - 7.1 Медицинской экспертизой:
 - 7.1.1 Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности.
 - 7.2 Управлением лечебно – диагностическим процессом в ОВП.
 - 7.2.1 Организацией маршрута пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения: диагностика, профилактические и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация
 - 7.2.2 Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико–социальной помощи больным/инвалидам, страдающим психическими расстройствами.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Нормальное психосоциальное развитие и нормальное поведение в разные возрастные периоды, их варианты.
2. Факторы риска психических расстройств и расстройств поведения.
3. Нарушения психического здоровья.
 - 3.1 Основные синдромы и симптомы.
 - 3.2 Психические расстройства, преимущественно диагностируемые в детском и подростковом возрасте.
 - 3.3 Делирий, деменция (включая болезнь Альцгеймера), амнезия, когнитивные расстройства.
 - 3.4 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.
 - 3.5 Шизофрения и другие психотические расстройства.
 - 3.6 Аффективные расстройства (расстройства поведения).
 - 3.7 Тревога и тревожные расстройства.
 - 3.8 Соматоформные расстройства.
 - 3.9 Невротические расстройства.
 - 3.10 Диссоциативные расстройства.
 - 3.11 Психозы.

- 3.12 Расстройства личности (психопатии).
- 3.13 Расстройства половой идентификации и сексуальные расстройства.
- 3.14 Расстройства пищевого поведения.
- 3.15 Расстройства сна.
- 3.16 Расстройства регулирования поведения и настроения.
- 3.17 Злоупотребление алкоголем и наркотиками.
- 3.18 Пограничные расстройства.
- 3.19 Суицидальное поведение.
 - 4. Неотложные состояния, связанные с психическими расстройствами и расстройствами поведения.
 - 5. Диагностика психических расстройств поведения.
 - 6. Клиническая фармакология психических расстройств. Основные группы лекарственных средств.
 - 7. Этические и юридические аспекты оказания помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя.

3. Решить ситуационные задачи

- 1) *Алгоритм разбора задач*
- 2) *Пример задачи с разбором по алгоритму:*

Женщина 55 лет, предъявляет многочисленные жалобы функционального характера, предлагает врачу ознакомиться с данными многочисленных обследований, дневником самонаблюдения, настаивает на новых обследованиях и консультациях у специалистов.

Предварительный диагноз: Ипохондрия (ипохондрический невроз, атипичное соматоформное расстройство, И.) - состояние фиксации внимания на проблемах собственного здоровья, характеризующееся убежденностью человека в наличии у него серьезного заболевания, основанной на каких-либо соматических (телесных) симптомах или физических проявлениях, которые на самом деле не являются признаками заболевания. Этиология неизвестна.

В общемедицинской практике И. наблюдают у 14-20% всех больных. Может возникнуть в любом возрасте; пик заболеваемости приходится на возраст после 30 лет у мужчин и после 40 лет у женщин.

Признаки серьезного заболевания. Признаки тяжелой депрессии и/или тревожного синдрома, появление жалоб причудливого или бредового характера (И. может быть одним из первых проявлений шизофрении).

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

- Безработный больной
- Социальная изоляция
- Смерть близкого

Ведение пациентов с ипохондрией

Диагноз

Пациенты, страдающие И., предъявляют множество разнообразных жалоб, уверены в том, что страдают серьёзным заболеванием, которое не удаётся обнаружить. Уверенность в наличии болезни обычно сопровождается чрезмерной озабоченностью и страхом и сохраняется несмотря на отрицательные результаты исследований, но не несёт бредового характера. Больные настолько озабочены своим состоянием, что это приводит к социально-трудовой дезадаптации. Расстройство часто сопровождается депрессивными и тревожными состояниями. Любые попытки разубедить человека тщетны и не смягчают тревогу или страх, а зачастую приводят к продолжению поисков медицинского диагноза и лечения в других учреждениях. Озабоченность, как правило, в большей степени вызывают физиологические функции, чем болезненные симптомы. Сердцебиение, потоотделение, дыхание проверяются ежеминутно – не изменился ли ритм, нет ли необычных ощущений; любое отклонение от нормы трактуется как подтверждение болезни.

И. может быть способом получить социальную поддержку с помощью принятой на себя роли больного. Однако И. почти всегда сочетается с каким-либо другим психическим расстройством (депрессия, тревога, соматизированное расстройство). Показано, что у лиц, страдающих депрессией, значительно учащаются соматические жалобы, для которых не находится физических причин. Более того, при лечении депрессии и улучшении состояния соматические жалобы исчезают. Другое состояние, сочетающееся с И., – это паническое тревожное расстройство, при котором больные часто беспокоятся по поводу симптомов, связанных с сердечной деятельностью. Такие пациенты нередко попадают в больницу по скорой помощи, поскольку уверены, что у них сердечный приступ, часто посещают врачей, подвергаются ненужным хирургическим вмешательствам, диагностическим обследованиям и лекарственной терапии.

Основное в диагностике – исключить соматические и неврологические заболевания.

Психологическое тестирование для выявления психических расстройств и подтверждения диагноза ипохондрии, для чего необходимо направить пациента к специалисту-психиатру.

Лечение

Лечение следует начинать с установления доверительных отношений с пациентом; важно убедить пациента, что врач будет помогать, независимо от наличия или отсутствия симптомов (болезни). Врачу не следует подвергать сомнению существование симптомов или субъективную оценку пациентом их тяжести. Врач должен одновременно прислушиваться к пациенту и противостоять ему во время беседы. Не рекомендуется называть имеющиеся у пациента симптомы психическими. Наилучшим является лечение, направленное на сопутствующие состояния, а не на соматические симптомы. Используется индивидуальная, групповая психотерапия. Основная цель в ведении пациентов с И – не пропустить действительно имеющееся соматическое заболевание, обеспечить безопасность больного и избежать излишних процедур, медикаментозного и оперативного лечения. При сочетании И. с тревожным или депрессивным расстройством показано лечение, нацеленное на снятие тревоги и депрессии (антидепрессанты и транквилизаторы), но для этого необходима консультация психиатра. Полностью излечиваются от И. лишь 5% больных.

При наличии индикаторов серьезного заболевания

Срочная консультация психиатра.

При наличии психосоциальных факторов риска

По возможности их смягчение с применением психотерапии, привлечением социальных работников.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Пациент К., 1928 года рождения. Жалоб активно не предъявляет. Наследственность не отягощена. Образование 7 классов, работал кузнецом, служил в СА. Женат, имеет 1 ребенка. Многократные ЧМТ, злоупотребления алкоголем. В 1978 году лечился в ГПБ с алкогольным психозом. Снижение памяти впервые заметили в 1998 году, обратились к психиатрам в 2002 году. Поддерживающего лечения не принимал. На момент осмотра проживал с женой.

Психический статус: дезориентирован - в личности, во времени, в пространстве. Не знает жену, рассеян, суетлив. Походка медленная, шаркающая. Лицо гипомимично, чмокающие движения губами. Смысл задаваемых вопросов не понимает, путается в квартире, одевается с помощью. Бреда и обманов восприятия не выявлено. Установить диагноз.

Задача 2.

Пациентка С, 1948 года рождения. Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Образование средне - специальное (музыкальное).

Психическое состояние: на момент последнего посещения от 2.10.2001г. года: жалоб нет. Ориентирована. Контакт формальный. Моторно спокойна. Фон настроения ровный. Эмоционально уплощена. Бреда, галлюцинаций нет. Критика к болезни отсутствует.

Дополнительные методы исследования: заключение психолога от 11.04.2001 года: пограничное состояние интеллекта, легкое мнестическое снижение, снижение эмоционального фона, неуравновешенность.

Установить диагноз.

Ответы на ситуационные задачи

Задача 1. Диагноз: Сосудистая деменция. **Задача 2.** Диагноз: Шизофрения (ремиссия).

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Нормальное психосоциальное развитие и нормальное поведение в разные возрастные периоды, их варианты.
2. Факторы риска психических расстройств и расстройств поведения.
3. Нарушения психического здоровья.
 - 3.1 Основные синдромы и симптомы.
 - 3.2 Психические расстройства, преимущественно диагностируемые в детском и подростковом возрасте.
 - 3.3 Делирий, деменция (включая болезнь Альцгеймера), амнезия, когнитивные расстройства.
 - 3.4 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.
 - 3.5 Шизофрения и другие психотические расстройства.
 - 3.6 Аффективные расстройства (расстройства поведения).

- 3.7. Тревога и тревожные расстройства.
- 3.8. Соматоформные расстройства.
- 3.9. Невротические расстройства.
- 3.10. Диссоциативные расстройства.
- 3.11. Психозы.
- 3.12. Расстройства личности (психопатии).
- 3.13. Расстройства половой идентификации и сексуальные расстройства.
- 3.14. Расстройства пищевого поведения.
- 3.15. Расстройства сна.
- 3.16. Расстройства регулирования поведения и настроения.
- 3.17. Злоупотребление алкоголем и наркотиками.
- 3.18. Пограничные расстройства.
- 3.19. Суицидальное поведение.
4. Неотложные состояния, связанные с психическими расстройствами и расстройствами поведения.
5. Диагностика психических расстройств поведения.
6. Клиническая фармакология психических расстройств. Основные группы лекарственных средств.
7. Этические и юридические аспекты оказания помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

001. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) физической истощаемости;
- б) психической истощаемости;
- в) фиксационной амнезии;
- г) аффективной лабильности.

002. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме:

- а) аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения;
- б) повышенной утомляемости и истощаемости;
- в) гиперстезии;
- г) нарушения сознания;
- д) соматовегетативных нарушений.

003. Астенический синдром как последствие черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) проявлений раздражительной слабости;
- б) аффективной лабильности;
- в) явлений «усталости, не ищущей себе покоя»;
- г) ментизма;
- д) головных болей и вегетативных нарушений.

004. Для астенического синдрома при атеросклерозе характерно все перечисленное, исключая:

- а) резко выраженную утомляемость;
- б) утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению;
- в) восстановление работоспособности после продолжительного отдыха;
- г) легкие нарушения сознания в виде обнубиляции;
- д) легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории.

005. Классическая депрессивная триада характеризуется:

- а) эмоциональным торможением;
- б) двигательным торможением;
- в) идеаторным торможением;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

006. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме:

- а) аффекта тоски;
- б) двигательного торможения;
- в) меланхолического раптуса;
- г) идеаторного торможения;
- д) депрессивного содержания мышления.

007. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме:

- а) концентрации мышления на депрессивной фабуле;
- б) затруднения запоминания;
- в) затруднения воспроизведения;
- г) явлений прогрессирующей амнезии;
- д) депрессивного моноидеизма.

008. К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая:

- а) замедление движений;
- б) бедность мимики;
- в) ощущение мышечной слабости;
- г) повышенную чувствительность;
- д) явления депрессивного ступора.

009. К простым вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме:

- а) анестетической депрессии;
- б) тревожной депрессии;
- в) ступорозной депрессии;
- г) депрессии с бредом осуждения;
- д) депрессии с бредом самообвинения.

010. К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме:

- а) ипохондрической депрессии;
- б) депрессии с интерпретативным бредом;
- в) депрессии с бредом ущербности;
- г) депрессии с бредом самоуничтожения;
- д) депрессии с чувственным бредом.

011. К соматическим признакам депрессии относятся:

- а) запоры;
- б) похудение;
- в) дисменорея;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

012. К соматическим признакам депрессий могут относиться:

- а) повышение веса;
- б) отсутствие аппетита;
- в) постарение;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

013. Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии:

- а) наличие или отсутствие суточных колебаний настроения;
- б) наличие или отсутствие в анестетических депрессиях компонента *dolorosa*;
- в) депрессивный ступор;
- г) все перечисленные;
- д) ни один из перечисленных.

014. К простым вариантам маниакального синдрома относятся все перечисленные, кроме:

- а) гневливой мании;
- б) веселой мании;
- в) спутанной мании;
- г) мании с чувственным бредом;
- д) непродуктивной мании.

015. К сложным маниям относятся все перечисленные, исключая:

- а) манию с интерпретативным бредом;
- б) манию с чувственным бредом;
- в) спутанную манию;
- г) манию с галлюцинозом;
- д) манию с онейроидом;

016. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления

- а) повышенный аппетит;
- б) нарушение сна;
- в) расторможение влечений;

- г) все перечисленные;
д) ни одно из перечисленных.
017. Маниакальная триада характеризуется:
а) повышенным настроением;
б) ускорением ассоциаций;
в) двигательным возбуждением;
г) всем перечисленным;
д) ничем из перечисленного.
018. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая:
а) гипермнезию;
б) конфабуляции;
в) ускорение ассоциаций;
г) явления отвлекаемости (мысли «скачут»);
д) идеаторную «спутанность».
019. Признаками гипоманиакального состояния являются:
а) повышенная активность;
б) повышение настроения;
в) нарушение сна;
г) все перечисленные;
д) ни один из перечисленных.
020. Обсессивный синдром характеризуется:
а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д., помимо желаний;
б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним;
в) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий;
г) всем перечисленным;
д) ничем из перечисленного.
021. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая:
а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка);
б) навязчивый счет;
в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.;
г) навязчивое чувство антипатии;
д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов.
022. Навязчивое чувство антипатии характеризуется:
а) возникающим помимо воли и вопреки действительному отношению чувствам неприязни, ненависти, отвращения к человеку;
б) возникновением отчаяния из-за подобного чуждого чувства;
в) невозможностью избавиться от него;
г) всем перечисленным;
д) ничем из перечисленного.
023. Навязчивые влечения характеризуются всем перечисленным, кроме:
а) появления вопреки разуму, воли и чувству;
б) стремления совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие;
в) острого овладения рассудком, подчиняя себе все поведение больного;
г) возникновения при этом страха, связанного с представлением о возможности подобных действий;
д) возникновения при этом страха, связанного также с непонятностью появления нужды в навязчивых действиях.
024. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного;
б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним;
в) наличия конкретного содержания;
г) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности;
д) возможности быть всеохватывающим.
025. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая:
а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий;
б) сомнение в правильности и точности исполнения;

- в) стремление проводить перепроверки;
- г) успокоение больного многократными проверками;
- д) возможность продолжаться до бесконечности.

026. Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме:

- а) неустранимой вопреки воле и рассудку неуверенности в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий;
- б) ощущения воздействия посторонней силы;
- в) отношения к образным (чувственным) навязчивостям;
- г) близости к навязчивым сомнениям;
- д) возможности действительного нарушения соответствующих как произвольных, так и непроизвольных действий.

027. К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме:

- а) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями;
- б) действия, совершаемого под воздействием чужой воли;
- в) имеющих значение заклинаний, защиты;
- г) воспроизводимых вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья или преодоления другого вида навязчивости.

28. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности;
- б) нарушения сознания;
- в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я;
- г) расстройства самосознания витальности и активности;
- д) расстройства самосознания целостности.

029. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая:

- а) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей;
- б) восприятие окружающей обстановки как безжизненной;
- в) блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя;
- г) ощущение наблюдения себя как бы со стороны;

030. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, кроме:

- а) ощущения нереальности окружающего;
- б) отчуждения мыслей, отчуждения чувств;
- в) отчуждения действий, поступков;
- г) отчуждения представлений, воспоминаний;
- д) восприятия их как искусственно созданных воздействием извне.

031. В самых тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, исключая:

- а) утрату чувственного восприятия предметов;
- б) феномен расщепления Я;
- в) утверждение, что существуют два несогласных Я;
- г) утверждение, что каждое из этих Я по-разному воспринимает окружающее, думает, действует;
- д) ощущение, что подобное расщепление происходит под воздействием внешних сил.

032. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относятся:

- а) чувство отчуждения своего голоса;
- б) ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими;
- в) наблюдение за своими действиями как бы со стороны;
- г) все перечисленные;
- д) ни одно из перечисленных.

033. К расстройству самосознания витальности относится все перечисленное, кроме:

- а) снижения или исчезновения чувства собственной жизненности;
- б) понижения восприимчивости внешних раздражителей;
- в) ослабления переживания телесной жизнедеятельности (в легких случаях);
- г) утраты чувства, что живут, что есть (в тяжелых случаях);
- д) ослабления физического благополучия, тонуса телесного существования.

034. К расстройству самосознания целостности относится все перечисленное, кроме:

- а) ощущения расстройства «схемы тела» (увеличения и смещения)
- б) нарушения осознания себя как единого неразрывного целого
- в) возникновения переживания внутреннего распада, раздвоения, вызывающего панический страх

- г) сосуществования двух несогласованных Я, находящихся в постоянном противоречии
- д) возможности отчуждения частей собственного тела
035. К расстройству границ самосознания относится все перечисленное, исключая:
- а) ослабление вплоть до полного исчезновения границ Я и не Я;
- б) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между миром внутренним и внешним;
- в) появление полного равнодушия, безучастия ко всему окружающему;
- г) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между реальностью и образами, созданными акустическим миром больных.
036. К расстройству идентичности самосознания относится все перечисленное, исключая:
- а) неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента;
- б) прекращение осознания себя, кто Я;
- в) в легких случаях - ощущение отдаленности своего Я;
- г) в тяжелых случаях - исчезновение уверенности «Я есть, Я сам»;
- д) дезориентировку в ситуации.
037. Дерезализация характеризуется всем перечисленным, кроме:
- а) искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства;
- б) чувства призрачности окружающего;
- в) восприятия внешнего мира призрачным, неотчетливым;
- г) утраты чувства действительности;
- д) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей.
038. Дерезализационные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме:
- а) ослабления олицетворения неодушевленных предметов (окружающее лишено эмоционального резонанса, безжизненно, мертво);
- б) неспособности определять год, месяц, число, время года, день недели;
- в) восприятия окружающего зловеще-настороженным, мистически таинственным, необычно радостным;
- г) возникновения ощущения, что рядом кто-то находится, непосредственно переживается, с одновременным осознанием ошибочности возникающего чувства;
- д) нарушения способности восприятия в виде невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего.
039. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:
- а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела;
- б) необычности, вычурности ощущений;
- в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин;
- г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами;
- д) восприятия, искажения формы и величины своего тела.
040. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая:
- а) чрезмерно утрированное внимание к здоровью;
- б) убежденность в существующем заболевании;
- в) подавленное настроение с сенестопатиями и мыслями о неизлечимой болезни;
- г) бредовую убежденность в существовании несуществующей болезни;
- д) разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения.
041. Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме:
- а) твердой убежденности в некоем заболевании;
- б) убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т.д.;
- в) наличия системы доказательств заболевания;
- г) упорного требования обследования;
- д) проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения.
042. Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме:
- а) припадка с клонической и тонической фазой;
- б) разнообразных сложных, выразительных движений;
- в) сопровождающегося помрачением сознания;
- г) психогенной обусловленности;
- д) усиления и затягивания при скоплении людей вокруг.
043. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая:
- а) приступы рыдания и хохота;
- б) патетическую жестикуляцию;
- в) секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц;

- г) чувство дурноты, учащенное дыхание;
 д) беспорядочные движения конечностями.
044. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая:
 а) функциональные парезы и параличи;
 б) явления астазии-абазии;
 в) различные гиперкинезы и тики;
 г) психогенную слепоту;
 д) блефароспазм, афонию и мутизм.
045. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме:
 а) концентрического сужения полей зрения;
 б) психогенной слепоты (амавроза);
 в) утраты слуха;
 г) гипестезии и анестезии участков тела;
 д) наличия характера сделанности этих расстройств.
046. Истерические нарушения зрения характеризуются всем перечисленным, кроме:
 а) отсутствия изменений границ на красный цвет при концентрическом сужении полей зрения;
 б) острого возникновения, наличия явной или скрытой связи с психогенией;
 в) отсутствия нарушения пространственной ориентировки;
 г) сохранения реакции на свет;
 д) изменений на глазном дне.
047. При истерической полной утрате слуха наблюдается все перечисленное, кроме:
 а) сохранения реакции на невербальные звуки и шумы;
 б) наличия замыкания глазных щелей при интенсивном внезапном звуке;
 в) нарушения барабанной перепонки;
 г) сужения зрачков при громких звуках;
 д) наличия гипестезии (анестезии) ушных раковин.
048. Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме:
 а) возникновения в памяти всего периода истерического изменения сознания;
 б) расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку;
 в) чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных;
 г) звучания психотравмирующей ситуации;
 д) возможности возникновения нестойких бредоподобных идей.
049. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме:
 а) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов;
 б) приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места;
 в) наличия выраженного аффективного напряжения;
 г) склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать;
 д) целиком ошибочных, неправильных умозаключений.
050. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме:
 а) несоответствия действительности;
 б) доступности исправления, устранения путем убеждения;
 в) искажения отражения действительности;
 г) полного овладения сознанием;
 д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью.
051. Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте:
 а) подростковом;
 б) зрелом;
 в) старческом;
 г) одинаково во всех возрастных группах.
052. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме:
 а) невротоподобных расстройств
 б) бредовых расстройств
 в) галлюцинаторно-бредовых расстройств
 г) судорожного синдрома
 д) верно а) и г)

053. Специфическими, встречающимися только при шизофрении являются следующие расстройства:

- а) синдром Кандинского – Клерамбо;
- б) псевдогаллюцинации;
- в) интерпретативный бред;
- г) все перечисленные;
- д) ничего из перечисленного.

054. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме:

- а) снижения энергетического потенциала;
- б) эмоционального обеднения;
- в) нарастающей интравертированности;
- г) утраты единства психических процессов;
- д) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов.

055. Для мышления больных шизофренией характерно:

- а) замедление ассоциативного процесса;
- б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления;
- в) обстоятельность;
- г) ускорение ассоциативного процесса;
- д) все перечисленное.

056. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно:

- а) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций;
- б) неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций;
- в) раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

057. Внешнему виду больных шизофренией свойственны:

- а) неадекватная мимика;
- б) исчезновение вазомоторных реакций;
- в) «стальной» блеск глаз;
- г) замедленность или ускоренность пантомимики;
- д) верно а) и б).

058. Основными формами течения шизофрении являются все перечисленные, кроме:

- а) параноидной;
- б) вялотекущей;
- в) кататонической;
- г) приступообразно-прогредиентной;
- д) рекуррентной.

059. Для всех непрерывнотекущих форм шизофрении характерно:

- а) острое, внезапное начало;
- б) развитие негативных расстройств только после появления продуктивной симптоматики;
- в) выраженные аффективные фазы;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

060. Для непрерывнотекущих форм шизофрении характерно развертывание всех перечисленных синдромов, кроме:

- а) неврозоподобных;
- б) бредовых;
- в) галлюцинаторных;
- г) кататонических;
- д) аффективных (психические депрессии, мании).

061. К олигофрениям относят:

- а) только врожденное слабоумие;
- б) приобретенное слабоумие с полным распадом психической деятельности;
- в) только рано приобретенное слабоумие без признаков распада психической деятельности;
- г) врожденное и рано приобретенное слабоумие с признаками недоразвития психики в целом, но преимущественно – интеллекта;
- д) приобретенное в различные сроки жизни слабоумие с преимущественным поражением

интеллектуальной сферы.

062. Термин «умственная отсталость»:

- а) тождествен термину «олигофрения»;
- б) тождествен термину «деменция»;
- в) тождествен термину «рано приобретенное слабоумие»;
- г) объединяет случаи олигофрении и рано возникшей деменции;
- д) объединяет случаи деменции, возникшей в раннем детстве и в пубертате.

063. Олигофрения является заболеванием, характеризующимся недоразвитием:

- а) психики (преимущественно интеллекта);
- б) личности;
- в) всего организма больного;
- г) всего перечисленного;
- д) верно а) и б).

064. При олигофрении возможно все перечисленное, кроме:

- а) признаков прогрессивности;
- б) эволютивной динамики;
- в) периодов декомпенсации под влиянием возрастных кризов;
- г) периодов компенсации;
- д) периодов декомпенсации под влиянием психических факторов.

065. К олигофрениям могут быть отнесены:

- а) врожденные или возникающие в детстве прогрессирующие заболевания, ведущие к слабоумию;
- б) остаточные явления органического поражения головного мозга с деменцией;
- в) вторичные задержки развития, обусловленные физическими дефектами;
- г) все перечисленные утверждения;
- д) ни одно из перечисленных утверждений.

066. К препаратам, способствующим развитию депрессии, относятся:

- а) барбитураты;
- б) кортикостероиды;
- в) индометацин;
- г) β -адреноблокаторы;
- д) все ответы верные.

067. Диагностика депрессии основывается на следующих симптомах:

- а) снижение витального тонуса;
- б) пессимистическое настроение;
- в) нарушение сна;
- г) суицидальные мысли;
- д) все ответы верные.

068. Одним из самых частых в клинике неврозов является:

- а) сатенический синдром;
- б) депрессивный синдром;
- в) вегетативный синдром;
- г) ипохондрический синдром;
- д) обсессивный синдром.

069. К эмоциональным расстройствам относят:

- а) тревогу;
- б) страх;
- в) апатию;
- г) панику;
- д) все ответы верные.

070. Этиологические факторы олигофрении в зависимости от времени воздействия разделяются:

- а) на наследственные;
- б) на внутриутробные;
- в) на перинатальные и первых 3 лет жизни;
- г) на все перечисленные;
- д) все перечисленное неверно.

071. Классификация пограничных состояний включает:

- а) психопатии;
- б) реактивные состояния и психозы;

- в) невроты;
- г) все перечисленное;
- д) верно а) и в).

072. Для психопатий характерно:

- а) стойкие аномалии личности;
- б) дисгармония эмоционально-волевой сферы;
- в) преобладание своеобразного, преимущественно аффективного мышления;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

073. Видами дизонтогенеза являются:

- а) искаженное, асинхронное развитие;
- б) запаздывающее развитие;
- в) акселерация;
- г) верно а) и б);
- д) все перечисленные.

074. Для психического инфантилизма при психопатии характерно все перечисленное, кроме того,

что он:

- а) носит парциальный характер;
- б) выявляется в преобладающей роли незрелости мышления аффективной сферы;
- в) характеризуется наличием незрелости, несамостоятельности, необходимости поддержки;
- г) выявляется появлением оппозиции, псевдосамостоятельности;
- д) носит тотальный характер.

075. К особенностям психопатических личностей относится все перечисленное, кроме:

- а) слабости самообладания, самоконтроля;
- б) наличия аффективных колебаний;
- в) тенденции к возникновению реактивных состояний при трудностях;
- г) недостаточной способности приводить манеру своего поведения к меняющимся условиям внешней среды;
- д) эндогенных, внешне не мотивированных сдвигов.

076. Основными характерными признаками психопатий по П.Б.Ганнушкину являются:

- а) тотальность характерологических нарушений;
- б) стойкость характерологических нарушений;
- в) выраженность до степени изменения социальной адаптации;
- г) все перечисленные;
- д) ни один из перечисленных.

077. Общие признаки аффективных психопатий включают:

- а) синтонность, общительность
- б) свободное проявление чувств
- в) естественность и понятность эмоций
- г) преобладание одного фона настроения либо лабильность, неустойчивость его;
- д) все перечисленное.

078. Признаками гипертимической психопатии являются все перечисленные, кроме:

- а) наличия аффективной лабильности;
- б) постоянно повышенного настроения;
- в) безудержного оптимизма;
- г) общительности, говорливости, подвижности, оживленности;
- д) приподнятости и беззаботности, которые так велики, что происходит нивелировка нюансов эмоциональных реакций.

079. Признаками гипертимической психопатии являются все перечисленные, кроме:

- а) все принимается «в розовых тонах»;
- б) серьезной этической позиции;
- в) неспособности к серьезному глубокому состраданию;
- г) беззаботного отношения к жизни, гедонизма, поиска удовольствий;
- д) преобладания низших влечений и бесконтрольности их.

080. Признаками гипертимической психопатии являются:

- а) энергичность, предприимчивость, неутомимость;
- б) деятельность распыления (жажда деятельности и отсутствие постоянства);
- в) богатство идей превращается в пустое прожектерство;

г) легкая отвлекаемость, недостаток выдержки, недисциплинированность;

д) все перечисленные.

081. Понятие «первичное патологическое влечение к алкоголю» соответствует утверждению:

а) активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации;

б) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации;

в) неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы;

г) стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абзуса.

082. Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают все перечисленное, кроме:

а) изменения суждений больного;

б) направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер;

в) доминирующего характера поведения;

г) формирования жизненных позиций под влиянием влечения;

д) сохранения критики к своему состоянию и окружающему миру.

083. Наиболее характерными соматовегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, кроме:

а) ощущения общего недомогания, слабости;

б) изменения аппетита;

в) ощущения жажды;

г) потливости;

д) уменьшения частоты курения.

084. Наиболее часто встречающимися при актуализации патологического влечения к алкоголю признаками изменения психического состояния являются все перечисленные, кроме:

а) неустойчивости настроения;

б) нарушения сна, появления в сновидениях алкогольной тематики;

в) повышения истощаемости;

г) беспричинной напряженности, затруднений при попытке расслабиться;

д) переключения интересов на занятия типа «хобби».

085. Для симптома ситуационно обусловленного первичного влечения к алкоголю характерно все перечисленное, кроме:

а) появления на начальных стадиях заболевания;

б) связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношение к профессиональной деятельности);

в) оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя;

г) невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм.

086. Для симптома спонтанно возникающей первичной патологической борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:

а) влечения, которое осознается больным со всей определенностью;

б) появления на этапе I—II, II ст. заболевания;

в) попыток больного бороться с желанием выпить;

г) постоянного присутствия в структуре влечения сенестопатических расстройств (чувство вкуса водки, жжение в области желудка).

087. Для симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:

а) неосознаваемости больным влечения;

б) появления во II стадии болезни;

в) способности предотвратить развитие эксцесса с помощью этических моментов;

г) раздражительности перед алкогольным эксцессом, колебаний настроения.

088. Для актуализации симптома спонтанно возникающего первичного влечения без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:

а) появления уверенности в возможности «нормальной выпивки»;

б) оживления в ответ на алкогольные раздражители;

в) поиска ситуаций, связанных с употреблением алкоголя;

г) изменения аппетита;

д) ощущения внутренней физической тяжести.

089. Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости верно все перечисленное, кроме:

- а) спонтанного возникновения;
- б) реализации вслед за возникновением;
- в) появления преимущественно у больных с астеническими характерологическими чертами в преморбиде;
- г) интенсивности, подобной голоду или жажде;
- д) формирования во II-III и III стадиях заболевания.

090. Симптому первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости предшествуют все перечисленные признаки, исключая:

- а) отчетливое желание выпить;
- б) ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке;
- в) злобность, агрессивность больного при появлении препятствий к приему алкоголя;
- г) тревогу, ожидание беды, неприятностей;
- д) утрату на этот период каких-либо морально-этических норм.

091. К условиям патогенетической терапии психотропными средствами относятся:

- а) клиническая обоснованность и дифференцированный подход к назначению препаратов;
- б) интенсивность наращивания психотропных средств в процессе лечения;
- в) контроль терапии в динамике;
- г) все перечисленное;
- д) верно а) и в).

092. Патогенетическая терапия психотропными средствами основана:

а) на комплексности терапии (постоянном сочетании медикаментозного лечения с психотерапией, другими мерами соматоневрологического лечебного воздействия);

б) на непрерывности терапевтического воздействия с преемственностью между стационарным и внебольничным лечением;

- в) на единстве медикаментозного и социально-трудового воздействия;
- г) на всем перечисленном;
- д) ни на чем из перечисленного.

093. К условиям патогенетической терапии психотропными средствами относятся:

- а) клиническая обоснованность назначения препаратов;
- б) дифференцированный подход к назначению препаратов;
- в) контроль терапии в динамике;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

094. Среди психотропных препаратов выделяют:

- а) психолептики;
- б) психоаналептики;
- в) психодизлептики;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

095. Психолептики включают:

- а) нейролептики;
- б) транквилизаторы;
- в) нормотимики;
- г) все перечисленное;
- д) верно а) и в).

096. Психоаналептики включают:

- а) антидепрессанты;
- б) ноотропы;
- в) психостимуляторы;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

097. Нейролептические препараты (нейролептики) делятся:

а) на фенотиазиновые производные с алифатической, пиперидиновой или пиперазиновой боковой цепью;

- б) на бутирофеноны;
- в) на тioxантены;
- г) на все перечисленные;
- д) ни на что из перечисленного.

098. Нейролептические препараты (нейролептики) делятся:

- а) на клозепины;
- б) на алколоиды раувольфии;
- в) на производные дифенилбутилпиперидина;
- г) на все перечисленные;
- д) верно б) и в).

099. Транквилизаторы включают все перечисленное, кроме:

- а) производных пропандиола (меробамат);
- б) производных триметоксибензойной кислоты (триоксазин);
- в) дифенилметана (амизил);
- г) ингибиторов моноаминоксидазы;
- д) производных бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам и др.).

100. Нормотимики включают все перечисленные соли лития, кроме:

- а) карбоната лития;
- б) сульфата лития;
- в) ацетата лития;
- г) оксибутирата лития;
- д) финлепсина.

101. Наиболее острыми формами реактивных психозов, возникающими с внезапными, чрезмерными по силе потрясениями, являются:

- А) аффективно-шоковые реакции;
- Б) депрессивные реактивные психозы;
- В) реактивные параноиды;
- Г) истерические реактивные психозы;
- Д) патологический аффект.

102. Разновидностями реактивных депрессивных синдромов являются депрессии:

- 1. простая (меланхолическая);
- 2. истерическая;
- 3. астеническая;
- 4. ипохондрическая.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

103. К реактивным бредовым психозам относят:

- 1. Психозы в условиях тюремной изоляции (галлюцинаторно-бредовые);
- 2. железнодорожные параноиды;
- 3. параноиды военного времени;
- 4. алкогольный психоз.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

104. Психогенная природа психического расстройства определяется:

- 1. наличием психической травмы;
- 2. отражением в фабуле психопатологических переживаний психической травмы;
- 3. уменьшением выраженности психопатологических симптомов и их обратимостью;
- 4. наличием черепно-мозговой травмы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

105. К психогенным психическим расстройствам относят:

- 1. невроты;
- 2. психопатии;

3. реактивные психозы;
4. нейро-циркуляторную дистонию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

106. Неотложная помощь при психогенных реакциях и психозах включает:

1. применение транквилизаторов перорально;
2. применение транквилизаторов и нейролептиков внутримышечно;
3. применение солей лития и карбамазепина;
4. необходимость удержания больного, включая иммобилизацию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

107. Для купирования возбуждения при реактивных психозах возможно внутримышечное введение:

1. диазепама;
2. мелипрамина;
3. аминазина;
4. трамала.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

108. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно:

1. аффективная лабильность;
2. гиперестезия;
3. повышенная утомляемость;
4. сомато-вегетативные расстройства.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

109. Навязчивый страх (фобия) характеризуется:

1. пониманием его бессмысленности, попытками справиться с ним;
2. наличием конкретного содержания;
3. интенсивностью и непреодолимостью;
4. когнитивными расстройствами.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

110. Сенестопатии характеризуются:

1. тягостными разнообразными ощущениями в различных частях тела;
2. необычностью, вычурностью ощущений;
3. отсутствием констатируемых соматическими методами исследования причин;
4. расстройствами местного кровообращения.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

111. Истерический припадок проявляется:

1. сложными, выразительными движениями;
2. помрачением сознания;
3. психогенной обусловленностью;
4. усилением и затягиванием в присутствии других людей.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

112. Малые истерические припадки характеризуются:

1. приступами рыдания и хохота;
2. патетической жестикуляцией;
3. учащенным дыханием;
4. беспорядочным движением конечностей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

113. Нервная анорексия - это состояние:

1. возникающее чаще в пожилом возрасте и сопровождающееся отказом от приема пищи в связи с убежденностью в недоброкачественности пищи;
2. проявляющееся в сознательном упорном ограничении пищи вплоть до отказа с целью похудения;
3. сопровождающееся отказом от приема пищи в связи с убежденностью в наличии заболевания органов пищеварения;
4. возникающее чаще в подростковом возрасте, преимущественно у девушек.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

114. Невротическая депрессия характеризуется:

1. отражением психотравмирующей ситуации;
2. "бегством в работу";
3. волнообразностью течения;
4. психогенным возникновением.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

115. Невротические вегетативные кризы характеризуются:

1. связью с эмоциональным напряжением;
2. продолжительностью не более 1-2 минуты, стереотипностью;
3. преобладанием симпатико- или парасимпатикотонии;
4. высокими цифрами артериального давления.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

116. Для невротической головной боли нервно-мышечного типа характерно:

1. локализация боли только в затылочной области;
2. болезненность кожи головы;
3. чувство переливания, шевеления внутри головы
- 4 ощущение сдавливания, стягивания, “каска”.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

117. Невротические кардиалгии характеризуются:

1. разнообразными болевыми ощущениями в сердце, чаще с локализацией в области верхушки,
2. появлением при физической нагрузке резкой боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку;
3. большей эффективностью седативов и психотерапии, чем спазмолитиков и нитратов
4. однотипностью болевых ощущений.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

118. Невротические нарушения сердечного ритма характеризуются:

1. возникновением бради- и тахикардии;
2. связью с эмоциональным напряжением, усилением в покое в условиях сосредоточения на своих ощущениях;
3. субъективными ощущениями удара сердца о грудную клетку;
4. экстрасистолической аритмией с чувством “замирания” и “перебоев”.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

119. Невротические нарушения ритма дыхания характеризуются:

1. утратой чувства полноты вдоха с форсированными дыхательными движениями;
2. экспираторной одышкой со свистящими хрипами в легких;
3. гипервентиляцией с тошнотой и головокружением, постоянным контролем за дыханием;
4. появлением одышки только при физической нагрузке.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

120. Невротические нарушения пищевода характеризуются:

1. чувством жжения за грудиной при наклоне вперед, поднятии тяжести;
2. ощущением сжатия, инородного тела в пищеводе перед приемом пищи;
3. тревогой, страхом перед едой, ипохондричностью больного;
4. спазмом пищевода с задержкой пищевой массы, неприятными ощущениями за грудиной.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответы на тестовые задания:

001	В	041	Д	081	В
002	Г	042	А	082	Г
003	Г	043	В	083	Д
004	Г	044	А	084	Д
005	Г	045	Д	085	Г
006	В	046	Д	086	А
007	Г	047	В	087	В
008	Г	048	Г	088	А
009	В	049	А	089	Д
010	Г	050	Б	090	Г
011	Г	051	Г	091	Г
012	Г	052	Д	092	Г
013	Г	053	Г	093	Г
014	Г	054	Д	094	Г
015	В	055	Д	095	Г
016	Г	056	Г	096	Г
017	Г	057	Д	097	Г
018	Б	058	Д	098	Г
019	Б	059	Г	099	Г
020	Д	060	А	100	Д
021	Д	061	А	101	А
022	Д	062	А	102	А
023	В	063	Д	103	А
024	Д	064	А	104	А
025	Г	065	Г	105	Б
026	В	066	Д	106	В
027	Б	067	Д	107	Б
028	Г	068	А	108	Д
029	Г	069	Д	109	А
030	Д	070	Г	110	А
031	Д	071	Г	111	Д
032	Г	072	Г	112	Д
033	В	073	Г	113	В
034	Г	074	Г	114	Д
035	Г	075	Г	115	Б
036	В	076	Г	116	В
037	В	077	Д	117	Б
038	В	078	А	118	Д
039	Д	079	Б	119	Б
040	Д	080	Д	120	В

4) *Решить ситуационные задачи:*

Задача 1.

Пациентка М., 1913 года рождения. Активно жалоб не предъявляет.

Анамнез со слов сына: ранее к психиатру не обращалась. Наследственность психопатологически неотягощена. Родилась в Кировской области, младшая из двух детей. Росла, развивалась нормально. В школе не училась. Работала в колхозе. Общий стаж - 40 лет. Живет у сына с 1997 года. С 2000 года снижение памяти, интеллекта. В последний год начала теряться не узнает родных, себя не обслуживает. Наблюдается у терапевта с диагнозом: церебральный атеросклероз, ДЭ III ст. хр. бронхит.

Психический статус: спокойна, контакт малопродуктивен из-за грубых нарушений памяти и интеллекта. Не знает свой возраст, адрес, не узнает сына, не может ответить на самые простые вопросы о своей жизни, профессии. Постоянно собирает все вещи в узелки. Повседневная деятельность с помощью родных Бредовой продукции не выявлено. Иногда обманы восприятий «под полом кто-то говорит».

Установить диагноз.

Задача 2.

Пациент М., 1963 года рождения.

Из анамнеза: родился в полной семье, беременность у матери протекала с токсикозом. Родился с наложением щипцов, в асфиксии, грудь взял на 7-е сутки. Первые фразы начал произносить с года, ходить начал с 14 месяцев. В детском саду не участвовал в ролевых играх, отставал в психическом развитии, был излишне подвижен. Обучаться по общеобразовательной программе в школе № 71 г.Перми начал своевременно. В связи с неуспеваемостью переведен в коррекционную школу. Левша. В начальных классах посещал логопедические занятия. В 1971-1972 гг. дезадаптирован в школьном коллективе, раздражительно - обидчив, в классе его обижали. С 21.09.1971 года по 19.10.1971 года находился в Пермской городской психиатрической больнице с последствием родовой травмы, шизофрено-подобный синдром. После окончания 7-го класса более нигде не обучался, трудового стажа не имеет.

Физических, неврологических расстройств нет.

Психическое состояние на 1998 год: ориентировка всех видов сохранена. Контакт затруднен из-за речевых нарушений (фонетические). Суждения, осмысление, понятийные возможности, процессы анализа, синтеза, обобщения, усвоения новых абстракций ограничены конкретно-примитивным уровнем. Бреда, галлюцинаций нет. Побуждения ограничены потребительским, примитивным кругом. Эмоционально неустойчив, лабилен, отвлекаем, несдержан. Фон настроения, сон неустойчивы. Себя обслуживает ограничено, критики к болезни нет. Установить диагноз.

Задача 3.

Пациент Е., 1915 года рождения. Анамнез со слов дочери из-за языкового барьера пациента. Родился в Татарстане. Наследственность психопатологически не отягощена. Работал на железной дороге экипировщиком. В школе не обучался, неграмотен. Воевал в Финской и Великой отечественной войне. Во время войны был контужен. После войны вновь вернулся на прежнюю работу и работал там с 1948 по 1975 год до выхода на пенсию. Был женат, имеет 5 детей. Проживал в г.Перми, жена умерла в 2004 году. С октября 2004 года проживает у дочери. Из перенесенных заболеваний: страдает глаукомой, тугоухостью. Около 9 лет назад снизилась память. Со временем мнестические расстройства нарастали. Нуждается в постоянном уходе и наблюдении.

Психический статус: контакт формальный, затруднен из-за пониженного слуха и зрения, языкового барьера. Не знает своего возраста, домашнего адреса, текущего года. Память на текущие события снижена. Расстройств восприятия, бреда нет. Настроение ровное, в поведении спокоен. Сам себя не обслуживает, нуждается в посторонней помощи, с трудом ориентируется в окружающей обстановке. Установить диагноз.

Задача 4.

Пациент П., 1988 года рождения. Жалобы на невозможности обслуживать себя. Инвалид-ребенок с рождения. Наблюдается неврологом.

Из анамнеза: из полной семьи - единственный ребенок в семье. Беременность и роды физиологические. Со слов матери с рождения отстает в развитии. В школе не обучался, себя не обслуживает.

Психическое состояние: сознание ясное, продуктивному контакту не доступен. Активность в пределах постели. Недоразвитие конечностей. Узнает родственников, может говорить «папа, мам, дай». Интеллект не развит. Сам себя не обслуживает.

Установить диагноз.

Задача 5.

Пациент П., 1962 года рождения.

Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Образование среднее. Впервые обратился к психиатру в 1999 году после стрессовой ситуации с жалобами на раздражительность, снижение памяти. Лечение проводилось амбулаторно: транквилизаторы, ноотропы, сеансы психотерапии. Соматическое состояние удовлетворительное.

Неврологический статус: без очаговой неврологической симптоматики.

Психическое состояние: сознание не нарушено. Ориентирован. Контактен. Моторно спокоен. Много речив. Вязок. Обстоятелен. Ригиден. Настроение не устойчивое, с тенденцией к снижению. Интеллектуальная деятельность в пределах нормы. Мнестические функции умеренно снижены. Бредовых идей и обманов восприятия нет.

Проводилось дополнительное исследование.

Допплерография от 09.06.99 г.

Заключение: гемодинамических нарушений в бассейне общей сонной и позвоночной артерии не обнаружено. Экспериментально-психологическое исследование от 06.09.04 г.: умеренное снижение мнестической деятельности по органическому типу.

Интеллектуальная деятельность в пределах нижней границы возрастной нормы.

Установить диагноз.

Ответы на ситуационные задачи

Задача 1. Диагноз: Сенильный психоз. **Задача 2.** Диагноз: Посттравматический органический синдром. **Задача 3.** Диагноз: Сосудистая деменция. **Задача 4.** Диагноз: Умственная отсталость. **Задача 5.** Диагноз: Психоорганическое расстройство.

Рекомендуемая литература:

Основная:

29. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

Дополнительная:

28. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

Раздел . «Профессиональные болезни в ОВП»

Темы: 1. «Общие вопросы профессиональной патологии»

2. «Профессиональные заболевания»

Цель: К концу обучения раздела «Профессиональные болезни в ОВП» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, необходимые для эффективного оказания соответствующей помощи работающим во вредных условиях и пациентам, имеющим профессиональные заболевания, в ОВП.

Задачи:

1. Освоить проведение в условиях ОВП клинического обследования пациентов, работающих во вредных условиях и пациентов, имеющих профессиональные заболевания
2. Изучить основные причины профессиональных заболеваний
3. Освоить проведение врачебно-трудовой экспертизы
4. Рассмотреть распространенность основных профессиональных вредностей и заболеваний в популяции и в регионе, обучить их выявлять, диагностировать и лечить в объеме первичной медицинской помощи.
5. Освоить проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, особенности течения и прогноза профессиональных заболеваний.
6. Освоить технику эффективных взаимоотношений с работающими пациентами, их работодателями, рабочим коллективом
7. Освоить применение этических подходов при решении проблем пациентов, работающих во вредных условиях и имеющих профессиональные заболевания
8. Освоить проведение сотрудничества со специалистами (профпатологами и другими специалистами) для оказания соответствующей помощи пациентам, имеющими профессиональные заболевания

Обучающийся должен знать:

1. Общие сведения о гигиене труда в различных отраслях промышленности и принципы профилактики профессиональных заболеваний;
2. Правила медицинского осмотра лиц, подвергающихся воздействию неблагоприятных факторов труда;
3. Основные клинические синдромы профессиональных заболеваний, принципы ранней диагностики, принципы терапии, этиологию и патогенез распространенных синдромов и заболеваний:
 - 3.1 Профессиональные заболевания химической этиологии,
 - 3.2 Профессиональные заболевания органов дыхания пылевой этиологии,
 - 3.3 Профессиональные заболевания, обусловленные действием физических факторов;
4. Критерии для направления к амбулаторным специалистам и в стационар.

Обучающийся должен уметь:

1. провести мероприятия первичной профилактики и планового лечения часто встречающихся профессиональных заболеваний;
2. взаимодействовать со специалистами при оказании медицинской помощи больным с профессиональной патологией.

Обучающийся должен владеть:

1. Историей болезни пациента, имеющего профессиональную вредность
 - 1.1 Опросом (жалобы, анамнез, включая профессиональный)
 - 1.2 Физикальным осмотром
2. Методами диагностики, процедурами/манипуляциями:
 - 2.1 Выбором и выполнением методов диагностики и интерпретацией данных исследований, а также проведением лечебных мероприятий, входящих в базовый объем, наиболее часто встречающихся профессиональных заболеваний
 - 2.2 Проведением мероприятий первичной профилактики наиболее часто встречающихся профессиональных заболеваний
3. Навыками консультации:
 - 3.1 Профилактическими рекомендациями:
 - 3.1.1 Консультированием пациента о влиянии профессиональных вредностей на здоровье и методах профилактики профессиональных заболеваний
4. Организационной работой в ОВП:
 - 4.1 Медицинской экспертизой:
 - 4.1.1 Экспертизой временной нетрудоспособности
 - 4.1.2 Проведением врачебной комиссии (ВК)

- 4.1.3 Определением медицинских показаний к трудоустройству
- 4.2 Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:
 - 4.2.1 Взаимодействием со специалистами при оказании медицинской помощи больным с профессиональной патологией
 - 4.2.2 Организацией маршрута пациентов, имеющих профессиональные заболевания: диагностика, лечебно-оздоровительные, профилактические и реабилитационные мероприятия, скрининг, консультации специалистов, госпитализация
 - 4.2.3 Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи тяжело больным/инвалидам с профессиональными заболеваниями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Проведение в условиях ОВП клинического обследования пациентов, работающих во вредных условиях и пациентов, имеющих профессиональные заболевания
2. Основные причины профессиональных заболеваний
3. Проведение врачебно-трудовой экспертизы
4. Распространенность основных профессиональных вредностей и заболеваний в популяции и в регионе, обучение их выявлять, диагностировать и лечить в объеме первичной медицинской помощи.
5. Профилактические и реабилитационные мероприятия, особенности течения и прогноза профессиональных заболеваний.
6. Эффективные взаимоотношения с работающими пациентами, их работодателями, рабочим коллективом
7. Этические подходы при решении проблем пациентов, работающих во вредных условиях и имеющих профессиональные заболевания
8. Сотрудничество со специалистами (профпатологами и другими специалистами) для оказания соответствующей помощи пациентам, имеющими профессиональные заболевания

2. Практическая работа Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (опрос, осмотр, консультирование)

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Сформулируйте предварительный диагноз (клинический синдром, степень выраженности процесса).
2. Определите критерии, позволяющие предположить диагноз профессионального заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
4. Дальнейшая тактика ВОП после проведенного обследования.
5. Как должны решаться вопросы экспертизы трудоспособности в данном случае.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

На прием к врачу общей практики обратился больной П., 44 лет с жалобами на постоянные ноющие боли, онемение, слабость в руках, повышенную зябкость рук, побеление пальцев левой руки. С трудом выполняет работу.

Профanamнез: стаж работы обрубщиком 22 года (контакт с локальной вибрацией 60-70% рабочего времени с параметрами выше ПДУ). Анамнез не отягощен. Считает себя больным в течение 7-8 лет.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. В неврологическом статусе: ЧМН - патологии не найдено. Произвольные движения в полном объеме, безболезненные. В мышцах надлопаточной области пальпируются болезненные уплотнения, мышцы предплечий тяжисты и болезненны. Гипалгезия от плечевых суставов, с усилением на кистях. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологических знаков нет. Координация и статика не нарушены, легкий тремор вытянутых рук. Нерезкий общий гипергидроз. Кисти рук цианотичные, мокрые, гипотермичные. Стопы слегка мраморные, влажные, теплые. Капилляроскопия: умеренно выраженный спазм капилляров. Температура кожи рук 25,6-26,3 градусов. Холодовая проба - положительная, во время пребывания на приеме возникло спонтанное побеление 3-5 пальцев левой руки.

Паллестезиометрия: на руках пороги вибрационной чувствительности повышены на высоких частотах.

Динамометрия: справа - 30 кг, слева - 20 кг.

ЭМГ: выявленные изменения мышц свидетельствуют об измененном функционировании сегментарного и надсегментарного уровней.

РВГ рук: снижение интенсивности пульсового кровенаполнения артерий кистей и

предплечий, артериальный тонус повышен, признаки венозного полнокровия. Проба с нитроглицерином положительная.

Рентгенография:

Шейный отдел позвоночника - признаки деформирующего спондилеза и остеохондроза С5-6, С6-7 (1 ст.). Кисти - костной патологии не выявлено.

Задания

6. Сформулируйте предварительный диагноз (клинический синдром, степень выраженности процесса).
7. Определите критерии, позволяющие предположить диагноз профессионального заболевания.
8. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
9. Дальнейшая тактика ВОП после проведенного обследования.
10. Как должны решаться вопросы экспертизы трудоспособности в данном случае.

Задача №2

Больная Т., 38 лет. В течение 19 лет работала прядильщицей химического волокна в контакте с сероуглеродом в концентрациях выше ПДК в 3-10 раз. Анамнез не отягощен. Считает себя больной около 5-6 лет. Обратилась на прием к ВОП с жалобами на боли и онемение в руках и ногах, головные боли, головокружение, повышенную утомляемость. В неврологическом статусе: ЧМН - непостоянный горизонтальный нистагм в обе стороны. Снижен корнеальный рефлекс. Гипалгезия по полиневритическому типу в виде «перчаток» и «носок». Координация и статика - норма. Сухожильные рефлексы средней живости, патологических знаков нет. Брюшные живые, равномерные, подошвенные не вызываются. Кисти и стопы влажные, прохладные, с мраморным оттенком. Колебания АД от 110/70 до 145/90 мм рт. ст. Эмоционально лабильна.

Задания

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз /стадия, синдром/.
2. Укажите дополнительные методы обследования в данном случае.
3. Дальнейшая тактика ВОП после проведенного обследования при подозрении на профессиональное заболевание.

Эталонные ответы к задачам

К задаче №1.

1. Вибрационная болезнь 1-2 ст. /вегетативно-сенсорная полиневропатия верхних конечностей, умеренно выраженная, с частыми акроангиоспазмами пальцев рук/.

2. Длительный стаж работы с вибрацией; превышение ПДУ действующей вибрации; характерные жалобы и данные объективного осмотра; данные инструментального обследования.

3. Остеохондроз шейного отдела позвоночника с рефлекторным нейро-сосудистым синдромом; болезнь Рейно; синдром Рейно; метаболическая полиневропатия.

4. Необходимо в трехдневный срок направить извещение о предварительном диагнозе хронического профессионального заболевания в Центр Роспотребнадзора для расследования данного случая и составления санитарно-гигиенической характеристики условий труда. После этого оформление всей необходимой документации для направления пациентки в Центр профпатологии.

5. Противопоказана работа в контакте с вибрацией, значительным физическим напряжением, охлаждением и смачиванием рук

К задаче №2.

1. Хроническая интоксикация сероуглеродом /астено-вегетативный синдром, вегетативно-сенсорная полиневропатия конечностей/.

2. ЭМГ, ЭНМГ, РВГ, РЭГ.

3. Необходимо в трехдневный срок направить извещение о предварительном диагнозе хронического профессионального заболевания в Центр Роспотребнадзора для расследования данного случая и составления санитарно-гигиенической характеристики условий труда. После этого оформление всей необходимой документации для направления пациентки в Центр профпатологии.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

- 2.1 Основы законодательства и нормативные документы РФ по вопросам охраны здоровья граждан и охраны труда.

- 2.2 Структура и организация системы оказания медицинской помощи работающим на предприятиях промышленности и сельского хозяйства в РФ. Система расследования профессиональных заболеваний в РФ. Понятие о профессиональных заболеваниях.
- 2.3 Общая характеристика профессиональных заболеваний химической этиологии с преимущественным поражением системы крови. Основные проявления острой ртутной интоксикации (причины, клиника, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза, профилактика). Порядок установления диагноза острой ртутной интоксикации.
- 2.4 Основные проявления хронической ртутной интоксикации (причины, клиника, диагностика, лечение, профилактика). Порядок установления диагноза хронической ртутной интоксикации.
- 2.5 Интоксикация неорганическими соединениями свинца (причины, клиника, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза, профилактика).
- 2.6 Реабилитация пациента, страдающего профессиональным заболеванием химической этиологии. Роль врача общей практики в проведении медицинской, психологической и профессиональной реабилитации.
- 2.7 Понятие о промышленных аэрозолях. Классификация пылевых заболеваний легких.
- 2.8 Пневмокониозы (этиология, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза, профилактика).
- 2.9 Пылевой бронхит (этиология, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза, профилактика).
- 2.10 Профессиональная бронхиальная астма (этиология, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза, профилактика).
- 2.11 Реабилитация пациента, страдающего профессиональным заболеванием пылевой этиологии. Роль врача общей практики в проведении медицинской, психологической и профессиональной реабилитации.
- 2.12 Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации (этиология, клиника, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза).
- 2.13 Вибрационная болезнь от воздействия общей вибрации (этиология, клиника, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза).
- 2.14 Профессиональные заболевания опорно-двигательного аппарата (этиология, клиника, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза).
- 2.15 Профессиональная тугоухость (этиология, клиника, диагностика, лечение, медико-социальная экспертиза).
- 2.16 Профилактика профессиональных заболеваний связанных с воздействием физических факторов. Роль врача общей практики в проведении медицинской, психологической и профессиональной реабилитации.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

001. Расследование острых профессиональных интоксикаций осуществляется в сроки:

- а) 1 неделя;
- б) 3 суток;
- в) 5 суток;
- г) 1 месяц;
- д) 1 сутки.

002. Случаи хронических и профессиональных заболеваний расследуются в сроки:

- а) 3 суток;
- б) 2 недели;
- в) 6 месяцев;
- г) 7 месяцев;
- д) 10 месяцев.

003. Для патогенетических механизмов свинцовой интоксикации характерно:

- а) угнетение стволовых клеток костного мозга;
- б) нарушение биосинтеза порфиринов и гемма;
- в) образование метгемоглобина;
- г) активация дегидрогеназы АЛК и гемосинтетазы;
- д) угнетение функциональной активности надпочечников.

004. Для свинцовой интоксикации характерно:

- а) снижение сывороточного железа;
- б) лейкопения;
- в) повышение протопорфирина эритроцитов;
- г) уменьшение аминолевулиновой кислоты.

005. Наиболее ранним признаком свинцовой интоксикации является:

- а) увеличение свинца и АЛК в биосредах;
- б) ретикулоцитоз и увеличение свинца в биосредах;
- в) увеличение уропорфирина в моче и свинца в крови;
- г) уменьшение копропорфирина в моче и увеличение сывороточного железа;
- д) лейкопения и увеличение свинца в биосредах.

006. Красный цвет мочи при сатурнизме обусловлен:

- а) гематурией;
- б) увеличение копропрофирина;
- в) увеличением уропрофирина;
- г) увеличением свинца в моче;
- д) увеличением билирубина.

007. Больному с начальной формой сатурнизма можно вернуться к прежней профессии при условии:

- а) нормализации артериального давления и свинца в биосферах;
- б) исчезновения признаков периферических полинейропатий и нормализации АЛК в биосредах;
- в) нормализации показателей АЛК, копропорфирина и протопорфирина;
- г) отсутствия клинических проявлений со стороны нервной системы;
- д) отсутствия анемического и астенического синдромов.

008. При хронической свинцовой интоксикации анемия может быть:

- а) железодефицитная;
- б) связана с нарушением синтеза порфиринов;
- в) гипопластическая;
- г) гемолитическая;
- д) связана с нарушением синтеза ДНК и РНК.

009. При выраженной форме интоксикации свинцом наиболее показано:

- а) переливание крови;
- б) тетагин-кальций;
- в) D-пеницилламин;
- г) витамины группы В;
- д) спазмолитики.

010. При хронической ртутной интоксикации характерно:

- а) дерматиты;
- б) гиперфункция щитовидной железы;
- в) астматический синдром;
- г) анемический синдром;
- д) инфекционно-воспалительный синдром.

011. Антидотом при ртутной интоксикации является:

- а) тетагин кальция;
- б) унитол;
- в) преднизолон;
- г) метиленовый синий;
- д) ферроплекс.

012. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для поражения системы крови при интоксикации свинцом?

- а) гипохромия эритроцитов;
- б) повышение железа в сыворотке крови;
- в) тромбоцитопения;
- г) ретикулоцитоз;
- д) увеличение количества базофильно-зернистых эритроцитов.

013. Какие клинические проявления характерны для хронической ртутной интоксикации?

- а) паркинсонизм;
- б) "эритизм";
- в) снижение критики к своему болезненному состоянию;
- г) астенический синдром;
- д) вегетативно-сосудистая дисфункция.

014. В каких производствах встречаются больные с хронической ртутной интоксикацией?

- а) производство термометров, ареометров, манометров;
- б) производство лаков и красок;
- в) изготовление радиовакуумных аппаратов, рентгеновских трубок.

015. Какие патоморфологические изменения в слизистой оболочке верхних дыхательных путей возникают при длительном воздействии пыли?

- а) лимфоидная инфильтрация;
- б) метаплазия мерцательного эпителия в многослойный плоский эпителий и склероз;
- в) гипертрофия (атрофия) эпителия;
- г) воспалительные изменения в слизистой оболочке;
- д) специфичность изменений.

016. Стажем работы, предшествующим развитию пылевого бронхита, чаще является:

- а) до 3 лет;
- б) до 5 лет;
- в) до 10 лет;
- г) свыше 10 лет.

017. Наиболее информативными методами диагностики пылевого бронхита являются: 1) анализ мокроты 2) бронхоскопия 3) кожные пробы 4) исследования функции внешнего дыхания 5) рентгенография легких:

- а) если верно 1 и 2;
- б) если верно 2 и 3;
- в) если верно 2 и 4;
- г) если верно 4 и 5;
- д) если верно 1 и 5.

018. Основными диагностическими критериями хронического бронхита профессиональной этиологии являются:

- а) длительный стаж работы в контакте с высокими концентрациями промышленных аэрозолей;
- б) первично-хроническое течение заболевания;
- в) острое начало заболевания, частые немотивированные подъемы температуры;
- г) атрофические и склерозирующие изменения слизистой оболочки бронхов, обтурация бронхов слизью, трахеобронхиальная дискинезия при начальных стадиях заболевания;
- д) выраженная одышка, цианоз, обильное отделение слизисто-гнойной мокроты, кровохарканье через 2-3 года от начала работы в контакте с пылью;

019. Основными диагностическими методами профессионального бронхита являются:

- а) ультразвуковое исследование грудной клетки;
- б) компьютерная томография легких;
- в) исследование показателей функции внешнего дыхания с проведением пробы с селективным бронхолитиком;
- г) бронхофиброскопия;
- д) рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

020. Для решения вопроса о профессиональной этиологии бронхиальной астмы концентрация производственного аллергена

- а) имеет решающее значение;
- б) не имеет решающего значения.

021. Для решения вопроса о профессиональной этиологии бронхиальной астмы продолжительность стажа в контакте с производственным аллергеном:

- а) имеет решающее значение;
- б) не имеет решающего значения.

022. Какими этиологическими факторами вызывается профессиональная бронхиальная астма?

- а) физическими;
- б) химическими;
- в) биологическими;
- г) метеорологическими;
- д) психоэмоциональными.

023. Какие группы веществ могут быть причиной возникновения профессиональной бронхиальной астмы?

- а) органические растворители;
- б) микробные аллергены;
- в) растительные аллергены;
- г) металлы (ртуть, свинец);
- д) кварцсодержащая пыль.

024. При неосложненном силикозе 1-й ст., развившемся через 7 лет после начала контакта с пылью, решение о трудоспособности:

- а) трудоспособен в своей профессии при динамичном врачебном наблюдении;
- б) ограниченно трудоспособен, нуждается в рациональном трудоустройстве;

- в) нетрудоспособен.
025. Среди силикатозов наиболее неблагоприятно протекающим является:
- а) талькоз;
 - б) оливиноз;
 - в) асбестоз ;
 - г) нефилиноз;
 - д) слюдяной пневмокониоз.
026. Какие жалобы характерны для больных с неосложненным силикозом?
- а) одышка;
 - б) чувство нехватки воздуха;
 - в) кашель;
 - г) боли в грудной клетке;
 - д) боли в области сердца.
027. Какие основные рентгенологические признаки характерны для силикоза?
- а) двустороннее расположение очагов;
 - б) одностороннее расположение очагов;
 - в) симметричность;
 - г) полиморфность;
 - д) мономорфность.
028. Начало вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации:
- а) острое;
 - б) подострое;
 - в) хроническое.
029. Для периферического ангиодистонического синдрома верхних конечностей не характерно:
- а) онемение кистей;
 - б) сухость ладоней;
 - в) зябкость кистей;
 - г) мраморность кистей;
 - д) гипергидроз ладоней.
030. Развитие феномена Рейно характерно для воздействия вибрации:
- а) низких частот;
 - б) средних частот;
 - в) высоких частот;
 - г) сверхвысоких частот;
 - д) сверхнизких частот.
031. Трудоспособность при вибрационной болезни 1-й стадии:
- а) сохранена полностью;
 - б) ограничена;
 - в) не сохранена.
032. Укажите основные синдромы при вибрационной болезни:
- а) ангиодистонический;
 - б) ангиоспастический;
 - в) вегетосенсорная полиневропатия;
 - г) вегетомиофасцит;
 - д) вестибулярный.
033. Какие лабораторные и инструментальные методы используются для диагностики вибрационной болезни?
- а) паллестезиометрия;
 - б) алгезиметрия;
 - в) эхокардиография;
 - г) рентгенография легких;
 - д) капилляроскопия.

Ответы на тестовые задания

001	Б	012	АБГД	023	АБВ
002	Б	013	БД	024	Б
003	Б	014	АВ	025	В
004	В	015	АБВ	026	АВГ
005	А	016	Г	027	АВД
006	Б	017	В	028	В

007	В	018	АБГ	029	Б
008	Б	019	ВГД	030	В
009	Б	020	Б	031	А
010	Б	021	Б	032	АБВГД
011	Б	022	БВ	033	АБД

Рекомендуемая литература:

Основная:

30. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

Дополнительная:

29. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

Раздел . Болезни уха, горла и носа в ОВП

Темы:

1. «Факторы риска заболеваний/состояний уха, горла, носа»
2. «Состояния/заболевания уха, горла, носа встречающиеся в ОВП»
3. «Объемные образования шеи»
4. «Хирургические методы лечения/диагностики в условиях ОВП»
5. «Профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний в ОВП»

Цель: К концу обучения раздела «Болезни уха, горла, носа в ОВП» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, для эффективного оказания первичной помощи пациентам с заболеваниями уха, горла, носа в разные возрастные периоды в условиях ОВП.

Задачи:

1. Освоить проведение полного клинического обследования пациентов с заболеваниями/ состояниями уха, горла, носа в условиях ОВП
2. Изучить распространенность основных состояний/заболеваний уха, горла, носа в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, обучить их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Освоить проведение профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях уха, горла, носа и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния уха, горла, носа, и их семьями в условиях ОВП.
5. Организовывать помощь пациентам с заболеваниями/состояниями уха, горла, носа наиболее эффективным образом используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

В пределах контекста первичной медицинской помощи для каждой проблемы/состояния/ заболевания уха, горла, носа нужно знать следующие области:

- этиологию и патогенез распространенных синдромов и заболеваний
 - естественное течение острых и хронических состояний/ заболеваний
 - распространенность состояний/ заболеваний в популяции и в различных половозрастных группах
 - типичные и нетипичные проявления и осложнения у взрослых, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста, беременных
 - факторы риска
 - особенности диагностики
 - лечение – начальное, неотложное, непрерывное
 - критерии для направления к специалистам и в стационар
1. Клиническую анатомию и физиологию уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани в различные возрастные периоды
 2. Факторы риска заболеваний/состояний уха, горла, носа
 - 2.1. Профессиональные вредности
 - 2.2. Экология
 - 2.3. Аллергены
 - 2.4. Курение
 - 2.5. Сахарный диабет
 3. Состояния/заболевания уха, горла, носа встречающиеся в ОВП.
 - 3.1. Основные симптомы и синдромы
 - 3.1.1. Боль в ухе и выделения из уха
 - 3.1.2. Боль в горле
 - 3.1.3. Нарушения слуха (тугоухость)
 - 3.1.4. Шум и звон в ушах
 - 3.1.5. Головокружение
 - 3.1.6. Охриплость голоса
 - 3.1.7. Выделения из носа
 - 3.1.8. Заложенность носа
 - 3.2. Основные заболевания/состояния уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани
 - 3.2.1. Ухо
 - 3.2.1.1. Болезни/состояния наружного уха
 - 3.2.1.1.1. Острый наружный отит
 - 3.2.1.1.2. Хронический наружный отит
 - 3.2.1.1.3. Отомикоз

- 3.2.1.1.4. Отогематома
- 3.2.1.1.5. Серная пробка
- 3.2.1.1.3. Инородное тело
- 3.2.1.2. Болезни среднего уха и сосцевидного отростка
 - 3.2.1.2.1. Острый средний отит
 - 3.2.1.2.2. Хронический средний отит секреторный и гнойный
 - 3.2.1.2.3. Мастоидит
 - 3.2.1.2.4. Евстахиит
- 3.2.1.3. Болезни внутреннего уха
 - 3.2.1.3.1. Отосклероз
 - 3.2.1.3.2. Лабиринтит
 - 3.2.1.3.3. Болезнь Меньера
- 3.2.1.4. Кондуктивная и сенсорная потеря слуха
 - 3.2.1.4.1. Кохлеарный неврит
- 3.2.1.5. Опухоли уха
- 3.2.2. Нос и его придаточные пазухи
 - 3.2.2.1. Острый и хронический ринит
 - 3.2.2.2. Острые и хронические синуситы
 - 3.2.2.3. Инородное тело носа
 - 3.2.2.4. Опухоли носа и придаточных пазух
- 3.2.3. Глотка
 - 3.2.3.1. Острый и хронический фарингит
 - 3.2.3.2. Острый и хронический тонзиллит
 - 3.2.3.3. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс
 - 3.2.3.4. Заглочный абсцесс
 - 3.2.3.5. Гипертрофия небных миндалин
 - 3.2.3.6. Аденоиды и аденоидит
 - 3.2.3.7. Инородные тела глотки
 - 3.2.3.8. Опухоли глотки
- 3.2.4. Гортань
 - 3.2.4.1. Острый ларингит
 - 3.2.4.2. Гортанная ангина
 - 3.2.4.3. Острый ларингит
 - 3.2.4.4. Хронический ларингит
 - 3.2.4.5. Дифтерия гортани
 - 3.2.4.6. Опухоли гортани
 - 3.2.4.7. Инородные тела гортани
- 4. Объемные образования шеи
 - 4.1. Клиническую анатомию и физиологию шеи в различные возрастные периоды
 - 4.2. Наиболее частые заболевания, вызывающие объемные образования шеи
 - 4.2.1. Шейный лимфаденит
 - 4.2.1.1. Острый (серозный и гнойный)
 - 4.2.1.2. Хронический
 - 4.2.2. Болезни слюнных желез
 - 4.2.3. Болезни щитовидной железы
 - 4.3. Злокачественные опухоли головы и шеи
- 5. Неотложные состояния
 - 5.1. Носовое кровотечение
 - 5.2. Отек гортани, ложный круп
 - 5.3. Стеноз гортани, вызванный инородным телом
 - 5.4. Травмы и ожоги уха, носа, глотки и гортани
- 6. Диагностику заболеваний ЛОР-органов
 - 6.1. Клиническое обследование
 - 6.1.1. Опрос
 - 6.1.2. Осмотр и пальпация ЛОР-органов
 - 6.1.2.1. Риноскопию
 - 6.1.2.1.1. Задняя
 - 6.1.2.1.2. Передняя

- 6.1.2.2. Фарингоскопию
 - 6.1.2.3. Ларингоскопию
 - 6.1.2.3.1. непрямая
 - 6.1.2.3.2. прямая
 - 6.1.2.4. Отоскопию, в том числе с помощью оптики
 - 6.1.3. Проведение функциональных тестов
 - 6.1.3.1. Определение проходимости слуховой трубы
 - 6.1.3.4. Исследование слуха
 - 6.1.3.4.1. речью
 - 6.1.3.4.2. камертонами (опыт Рене, Вебера, Желле)
 - 6.1.3.4.3. аудиометрия
 - 6.1.3.4.4. слуховой паспорт
 - 6.1.3.5. Исследование вестибулярной функции
 - 6.1.3.5.1. Вестибулярный паспорт
 - 6.1.3.6. Исследование дыхательной и обонятельной функции носа
 - 6.1.3.7. Исследование вкусовой и тактильной чувствительности
 - 6.1.4. Лабораторные методы исследования
 - 6.1.4.1. Цитологические и бактериологические исследования слизистой оболочки носа, глотки, гортани и уха
 - 6.1.5. Аллергологические методы диагностики
 - 6.1.6. Рентгенографию ЛОР-органов
 - 6.1.7. Понимание исследования компьютерной томографии ЛОР-органов и объемных образований шеи
 - 6.1.8. Понимание исследования магнитно-резонансной томографии ЛОР-органов и объемных образований шеи
7. Хирургическое лечение ЛОР-заболеваний и объемных образований шеи в условиях ОВП (см. раздел «Оказание хирургической помощи в ОВП»)
- 7.1. Амбулаторную анестезию
 - 7.1.1. Премедикация
 - 7.1.2. Лекарственные препараты для анестезии ЛОР-органов
 - 7.1.3. Методы местной анестезии
 - 7.2. Предоперационную оценку и ведение пациента, интраоперативную и послеоперационную помощь. Последующее продленное ведение пациента после оперативного вмешательства.
8. Хирургические методы лечения/диагностики в условиях ОВП
- 8.1. Первичную обработку поверхностных ран лица, носа и ушной раковины
 - 8.2. Наложение повязок
 - 8.3. Прижигание нитратом серебра кровоточащих сосудов носовой перегородки
 - 8.4. Удаление инородного тела из уха, носа и ротоглотки
 - 8.5. Удаление серной пробки
 - 8.6. Пункцию гайморовой полости
 - 8.7. Введение лекарств в гортань и бронхи гортанным шприцем и через носовой катетер
 - 8.8. Передняя и задняя тампонада носа
 - 8.9. Зондирование и промывание лакун миндалин
 - 8.10. Уход за трехеостомой и трахеостомической трубкой
 - 8.11. Парацентез барабанной перепонки, тимпанопункция
 - 8.12. Вскрытие фурункула наружного слухового прохода
 - 8.13. Пункцию отгематомы
 - 8.14. Вскрытие паратонзиллярного абсцесса
 - 8.15. Коникотомию
9. Асептику и антисептику
- 9.1. Технику обработки рук
 - 9.2. Стерилизацию инструментария, перевязочного и шовного материала
 - 9.3. Утилизацию медицинских отходов (биологического материала, шприцов, игл, перчаток, разового инструментария, лекарственных препаратов и т.д.)
10. Консервативные методы лечения заболеваний/состояний уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани и объемных образований шеи
- 10.1. Клиническую фармакологию. Основные группы лекарственных препаратов
 - 10.1.1. Антибиотики, противогрибковые, противовирусные

- 10.1.2. Антисептики
- 10.1.3. Симпатомиметики
- 10.1.4. Антигистаминные
- 10.1.5. Нестероидные противовоспалительные препараты
- 10.1.6. Местные анестетики
- 10.1.7. Глюкокортикоиды
- 10.2. Местное лечение
 - 10.2.1. Туалет уха
 - 10.2.2. Введение лекарственных средств в ухо и нос (в каплях, на турундах и тампонах)
- 10.3 Немедикаментозные методы лечения
 - 10.3.1. Диета
 - 10.3.2. Режим
 - 10.3.3. Фитотерапия
 - 10.3.4. ЛФК
 - 10.3.5. Физиотерапия
- 11. Профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний в ОВП
 - 11.1. Немедикаментозную
 - 11.1.1. Питание
 - 11.1.2. Курение
 - 11.1.3. Аллергены
 - 11.1.4. Прием лекарственных препаратов с высоким риском поражения ЛОР-органов
- 12. Реабилитацию
 - 12.1. ЛФК
 - 12.2. Физиотерапию
 - 12.3. Психотерапию
 - 12.4. Санаторно-курортное лечение
- 13. Паллиативную помощь пациентам со злокачественными заболеваниями ЛОР-органов
- 14. Психосоциальные проблемы
 - 14.1. Социальную адаптацию
 - 14.2. Изменения в семье, имеющей больного с заболеваниями ЛОР-органов

Обучающийся должен уметь: применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов, имеющих проблемы/состояния/заболевания ЛОР-органов, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

1. **Историей болезни пациента, имеющего патологию уха, носа, околоносовых пазух, глотки, гортани и шеи:**
 - 1.1 Опросом (жалобы, анамнез, включая аллергологический)
 - 1.2 Исследованием уха, носа, околоносовых пазух, глотки, гортани и шеи (осмотр и пальпация, включая пальпацию шейных лимфатических желез и щитовидной железы)
2. **Лабораторными исследованиями:**
 - 2.1 Взятием и приготовлением мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования со слизистой оболочки носа, глотки, гортани и уха
 - 2.2 Интерпретацией клинического, цитологического и бактериологического исследований со слизистой оболочки носа, глотки, гортани и уха
3. **Методами диагностики, процедурами/манипуляциями:**
 - 3.1 Риноскопией задней и передней
 - 3.2 Фарингоскопией
 - 3.3 Непрямой ларингоскопией
 - 3.4 Отоскопией
 - 3.5 Отоскопией с помощью оптики
 - 3.6 Определением проходимости слуховой трубы
 - 3.7 Исследованием слуха
 - 3.7.1 Речью
 - 3.7.2 камертонами (опыт Рене, Вебера, Желле)

- 3.7.3 пороговая аудиометрия
- 3.7.4 слуховой паспорт
- 3.8 Введением лекарственных средств в ухо и нос (в каплях, на турундах и тампонах)
- 3.9 Удалением серных пробок
- 3.10 Туалетом уха
- 3.11 Уходом за трехеостомой и трахеостомической трубкой
- 3.12 Удалением инородного тела из уха и носа
- 3.13 Первичной хирургической обработкой поверхностных ран лица, носа и ушной раковины
- 3.14 Наложением повязок
- 3.15 Прижиганием нитратом серебра кровоточащих сосудов носовой перегородки
- 3.16 Методикой чтения рентгенограмм ЛОР-органов

4. Оказанием неотложной помощи пациентам с состояниями/заболеваниями уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани:

- 4.1 Носовое кровотечение
- 4.2 Отек гортани
- 4.3 Стеноз гортани
- 4.4 Травмы уха, носа, глотки и гортани

5. Ведением пациентов после выписки из стационара с заболеваниями уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани, включая хирургические вмешательства.

6. Навыками консультации:

- 6.1 Обучением пациентов пользованию назальными спреями
- 6.2 Обучением пациентов личной гигиене ЛОР-органов
- 6.3 Профилактическими рекомендациями пациенту с состояниями/заболеваниями уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани:
 - 6.3.1 Здоровый образ жизни
 - 6.3.2 Табакокурение
 - 6.3.3 Аллергены
 - 6.3.4 Назначение физических нагрузок
 - 6.3.5 Профессиональные вредности
 - 6.3.6 Употребление лекарственных препаратов с высоким риском ЛОР-органов
 - 6.3.7 Консультирование семьи, имеющего больного с хроническими заболеваниями ЛОР-органов
 - 6.3.8 Консультирование семьи, имеющего больного со злокачественными заболеваниями ЛОР-органов

7. Организационной работой в ОВП по ведению пациентов с заболеваниями уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани:

7.1 Медицинской экспертизой:

- 7.1.1 Экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности
- 7.1.2 Проведением врачебной комиссии (ВК)
- 7.1.3 Определением медицинских показаний к трудоустройству

7.2 Управлением лечебно-диагностическим процессом в ОВП:

- 7.2.1 Организацией маршрута пациента, имеющего заболевания уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани: диагностика, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация
- 7.2.2 Оказанием совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам и больным с тяжелыми хроническими заболеваниями уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Полное клиническое обследование пациентов с заболеваниями/ состояниями уха, горла, носа в условиях ОВП
2. Распространенность основных состояний/заболеваний уха, горла, носа в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, обучение их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Профилактические и реабилитационные мероприятия при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях уха, горла, носа и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Установление эффективных долгосрочных взаимоотношений с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния уха, горла, носа, и их семьями в условиях ОВП
5. Организация помощи пациентам с заболеваниями/состояниями уха, горла, носа наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение

рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (отоскопия, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия), освоение манипуляций (передняя тампонада носа) по алгоритму под контролем преподавателя)

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

Сформулируйте предварительный диагноз. Выделите синдромы. Признаки серьезного заболевания. Признаки наличия психосоциальных и др. факторов риска. Анамнез. Дифдиагноз. Ведение пациента. План обследования и ожидаемые результаты. План лечения. Прогноз.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Типичный случай

Мальчик 12 лет из неблагополучной семьи. Предъявляет жалобы на субфебрильную температуру, гнойное отделяемое из уха в течение 4-5 месяцев, тошноту. Отмечает изменения речи (гнусавость голоса), снижение слуха, плохую успеваемость в школе. В анамнезе средние отиты.

Хронический средний гнойный отит (ХСГО)

Признаки серьезного заболевания

- Перфорация барабанной перепонки;
- Постоянное или периодическое гноетечение из уха через перфорированную барабанную перепонку;
- Потеря слуха более чем на 20 дБ (нарушение восприятия низких звуковых частот до 1000 Гц.);
- Осложнения ХСГО (мастоидит, тимпаномастоидит, внутричерепная инфекция и др.);
- Персистирование ХСГО;
- Отсутствие эффекта от лечения.

Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации

- Пассивное и активное курение;
- Плохие бытовые условия (низкий уровень жизни);
- У детей плохая успеваемость в школе, нарушения сна;
- Резко сниженное качество жизни, обусловленное тяжестью заболевания.

Факторы риска

Мужской пол; дисфункция евстахиевой трубы (вследствие врожденных или приобретенных дефектов); баротравма; острый средний отит; частые инфекции верхних дыхательных путей; аллергический ринит; пассивное и активное курение; плохие бытовые условия (низкий уровень жизни).

Ведение пациента

Диагностика:

Анамнез

Необходимо обратить внимание на:

- Симптомы (их выраженность и продолжительность): боль в ухе, снижение слуха, оторрея, тошнота и рвота, отиты в анамнезе, головокружения и/или случаи падения, изменения речи;
- Факторы риска, индикаторы серьезного заболевания, психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации.

Физикальное исследование

- Лихорадка;
- Перфорация, изменение цвета барабанной перепонки;
- Гноетечение из уха через перфорированную барабанную перепонку.

Инструментальные исследования

Исследования барабанной перепонки при помощи отоскопии или пневматической отоскопии (лучший диагностический метод, но в ОВП обычно не используется) позволяют выявить следующие симптомы ХСГО: эритема, выпячивание, потемнение, истончение, зернистость, ретракция, снижение подвижности, перфорация и истечение гноя. Указанные процедуры могут проводиться СВ, однако чувствительность и специфичность этих диагностических методов значительно повышается при проведении указанных процедур специалистом.

Вспомогательные тесты: Тимпанометрия – надежный тест для определения высокого давления и патологического содержимого в среднем ухе; аудиометрия показана пациентам, у которых предполагается снижение слуха.

Лечение

Все лица с подозрением на ХСГО должны быть направлены на консультацию к специалисту (ЛОР).

Основные вмешательства, осуществляемые СВ:

Туалет слухового прохода и среднего уха (дренирование, назначение антисептиков в полость среднего уха – борная кислота, перекись водорода);

Местное применение антибиотиков хинолонового ряда – офлоксацин, ципрофлоксацин (инстилляции

в полость среднего уха);

Продолжительность консервативного лечения 3-4 недели. После окончания терапии рекомендуется наблюдение пациента в амбулаторных условиях в течение 3 месяцев, по окончании этого периода необходимо проведение аудиометрии. Повторное направление к специалисту показано в случае персистирования ХСГО или ухудшения состояния (снижение слуха, нарастание симптомов).

Если присутствуют психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации:

Симптоматическая терапия – обезболивающие препараты;

Улучшение жилищных условий и качества питания;

Отказ от курения и нахождения в местах, где находятся курильщики.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача 1. У больной хроническим эпитимпанитом внезапно после мытья в душе стали появляться головокружения. Обследование у невролога не показало неврологической патологии. Наиболее вероятная причина головокружений?

- а) разрушение внутренней стенки среднего уха с развитием лабиринтита;
- б) абсцесс головного мозга;
- в) холестеатома.

Задача 2. У больного М., 45 лет, после употребления алкоголя возникла выраженная дисфагия (непроходимость твердой пищи), тупая боль за грудиной. При непрямой ларингоскопии - слюна в грушевидных синусах. Ваш диагноз?

- а) стенокардия;
- б) инородное тело пищевода;
- в) инородное тело гортани;
- г) ожог гортани.

Задача 3. Ребенок, 1 год. Со слов матери - вчера весь вечер был беспокоен, кричал, температура была 37,5° С. Сегодня утром ребенок спокоен, на подушке - пятно гноя. Немного гноя также обнаружено в наружном слуховом проходе. Барабанная перепонка просматривается очень плохо. Ваш диагноз?

- а) экссудативный отит;
- б) острый гнойный средний отит;
- в) хронический средний отит;
- г) наружный отит.

Задача 4. Пожилой мужчина, 68 лет, обратился с жалобами на периодическую заложенность в левом ухе после принятия душа. В анамнезе - хронический средний отит, мезотимпанит. При осмотре - левый наружный слуховой проход практически перекрыт серной пробкой. Ваши действия?

- а) вымыть серную пробку;
- б) удалить серную пробку крючком;
- в) оставить все, как есть;
- г) назначить масляные капли в ухо.

Задача 5. Молодой мужчина, 32 лет, обратился с жалобой на сильное носовое кровотечение. С его слов - носовые кровотечения случаются примерно раз в 2-3 месяца, останавливает самостоятельно. При осмотре - искривление носовой перегородки в виде выроста-«шипа». Слизистая на нем атрофирована, покрыта корочками, в одном месте - умеренно кровоточит. Что показано больному после остановки кровотечения?

- а) постоянный прием викасола и препаратов железа;
- б) сосудосуживающие капли в нос;
- в) подслизистая резекция носовой перегородки.

Ответы на задачи

Задача 1. а) разрушение внутренней стенки среднего уха с развитием лабиринтита.

Задача 2. б) инородное тело пищевода.

Задача 3. б) острый гнойный средний отит.

Задача 4. б) удалить серную пробку крючком.

Задача 5. в) подслизистая резекция носовой перегородки.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Функции носа.
2. Особенности строения слизистой оболочки носа.
3. Передняя и задняя группы околоносовых пазух: что в себя включают, выводные отверстия.
4. Что входит в понятие «среднее ухо»?
5. Система усиления звука в человеческом ухе.
6. Строение улитки.
7. Функции полукружных каналов.
8. Как сообщаются глотка и среднее ухо?
9. Лимфаденоидное глоточное кольцо: что в себя включает, функции
10. Рефлекторные зоны глотки и гортани.
11. Что такое нистагм и как определить его направление?
12. Камертональные пробы.
13. Противопоказания к исследованию вестибулярного анализатора в кресле Барани, альтернативное исследование.
14. Методика исследования слуха разговорной и шепотной речью.
15. Составление слухового паспорта.
16. Дифференциальная диагностика лабиринтных и мозжечковых нарушений.
17. Показания к задней риноскопии.
18. Исследование обонятельной функции носа.
19. Как обследовать аденоид?
20. Что можно увидеть при непрямой ларингоскопии?
21. Группы препаратов, используемые для лечения острого ринита.
22. Виды хронических ринитов, принципиальные различия в терапии.
23. Методы остановки носовых кровотечений.
24. Принципы лечения острых синуситов.
25. Грибковое поражение наружного слухового прохода.
26. Инородные тела наружного слухового прохода.
27. Тактика при остром гнойном среднем отите.
28. Осложнения хронического среднего отита.
29. Лабиринтная атака - определение, тактика.
30. Дифференциальная диагностика нейросенсорной и кондуктивной тугоухости.
31. Причины острого лабиринтита.
32. Диагностика и лечение ангины.
33. Признаки хронического тонзиллита.
34. Принципы лечения хронического тонзиллита.
35. Неотложная помощь при стенозе гортани.
36. Дифференциальная диагностика острого подскладочного ларингита и ложного крупа.
37. Инородные тела гортани и пищевода: диагностика, тактика.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

001. Для острого ринита характерны следующие симптомы:
 - а) слизистые выделения из носовых ходов;
 - б) затруднение носового дыхания;
 - в) значительное снижение обоняния;
 - г) повышение температуры до 39-40°C;
 - д) кашель.
002. При лечении острого ринита рекомендуется применять:
 - а) сосудосуживающие капли в носовые ходы;
 - б) антибиотикотерапию;
 - в) физиотерапевтическое лечение;
 - г) мазь «Сунареф» в носовые ходы.
003. Синонимами поллиноза являются:
 - а) сенная лихорадка;
 - б) сезонный аллергический ринит;
 - в) озена.
004. Причиной возникновения поллиноза является:
 - а) пыльца цветущих растений (трав, цветов, деревьев);
 - б) вирусы;
 - в) грибки

005. К симптомам поллиноза относятся:
- а) обильные водянистые выделения из носовых ходов;
 - б) частое многократное чихание;
 - в) сопутствующие аллергические конъюнктивиты;
 - г) гнойные выделения из носовых ходов;
 - д) повышение температуры до 38-40°C.
006. Для лечения поллиноза используют:
- а) антигистаминные препараты;
 - б) гормональные препараты;
 - в) препараты, блокирующие выброс гистамина тучными клетками (интал);
 - г) антибиотики;
 - д) сульфаниламидные препараты.
007. Эозинофилия крови характерна:
- а) для аллергических ринитов;
 - б) для острых гнойных гайморитов.
008. Больному поллинозом показано проведение курса специфической гипосенсибилизации пыльцевыми аллергенами:
- а) за 1 – 3 месяца до начала цветения растений;
 - б) во время цветения растений;
 - в) сразу же после окончания периода цветения растений.
009. При острых гайморитах инфекция может проникать в верхнечелюстные пазухи:
- а) через естественные соустья;
 - б) гематогенным путем;
 - в) через кариозно измененные корни 4, 5, 6-го и 7-го зубов верхней челюсти.
010. Предрасполагающими факторами к возникновению острых синуситов являются:
- а) наличие инфекции в носовых ходах;
 - б) нарушение дренажной и вентиляционной функции естественных соустьев околоносовых пазух;
 - в) снижение общей резистентности организма.
011. При наличии рентгенологически подтвержденного уровня жидкости в верхнечелюстной пазухе необходимо:
- а) в обязательном порядке произвести пункцию верхнечелюстной пазухи;
 - б) назначить физиотерапевтическое лечение острого гайморита, не производя пункцию верхнечелюстной пазухи.
012. При возникновении одонтогенного гайморита необходимо:
- а) удалить причинный кариозный зуб, а затем начать лечение гайморита;
 - б) закончить лечение гайморита, а затем удалить причинный кариозный зуб.
013. К симптомам острого гайморита относятся:
- а) головные боли в лобной области, усиливающиеся при наклоне головы книзу;
 - б) гнойные выделения из носовых ходов;
 - в) болезненность при пальпации верхней челюсти;
 - г) кашель.
014. Комплексное лечение острого гнойного гайморита включает:
- а) пункцию верхнечелюстной пазухи, ее промывание раствором фурацилина, введение в пазуху антибиотика;
 - б) общую антибактериальную терапию (антибиотики, сульфаниламиды);
 - в) назначение сосудосуживающих капель и мазей в носовые ходы (разгрузочная терапия);
 - г) физиотерапия (после эвакуации гноя из пазухи);
 - д) назначение мочегонных препаратов.
015. Женщина, 35 лет, обратилась с жалобами на головные боли в лобной области справа, усиливающиеся при наклоне головы книзу, ощущение тяжести и боли в области правой гайморовой пазухи, гнойные выделения из правого носового хода, повышение температуры до 38-39°C, ухудшение общего самочувствия. Жалобы появились два дня назад, до этого в течение недели больную беспокоили явления острого насморка: слизистые выделения из носовых ходов, заложенность носа.
- Укажите наиболее вероятный диагноз:
- а) острый гнойный правосторонний синусит;
 - б) вазомоторный ринит;
 - в) хронический полипозный синусит.

016. К симптомам острого фарингита относятся:
- а) боли в горле;
 - б) гиперемия задней стенки глотки;
 - в) повышение температуры до 39 - 40°C.
017. К симптомам острого ларингита относятся:
- а) сухой кашель;
 - б) охриплость голоса, афония;
 - в) головные боли.
018. Каков характер кашля при остром ларингите:
- а) сухой, болезненный, практически без мокроты;
 - б) влажный, с большим количеством мокроты.
019. Каково типичное общее состояние при остром фарингите:
- а) больной страдает мало;
 - б) состояние больного крайне тяжелое.
020. При лечении острых фарингитов применяют:
- а) полоскания глотки настоями и отварами трав;
 - б) щелочные полоскания глотки;
 - в) орошение (пульверизация) глотки ингалиптом или аналогичными препаратами;
 - г) общую антибиотикотерапию;
 - д) общую гормональную терапию;
 - е) УВЧ глотки.
021. При лечении острых ларингитов наиболее целесообразно применение:
- а) ингаляций;
 - б) полосканий.
022. Среди разнообразных возможных микробных возбудителей ангины в большинстве случаев основная этиологическая роль принадлежит:
- а) β-гемолитическому стрептококку группы А;
 - б) аденовирусам;
 - в) пневмококкам.
023. При лакунарной ангине:
- а) налеты не переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку глотки;
 - б) налеты и пленки переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку небных дужек;
 - в) налеты легко снимаются с поверхности миндалин;
 - г) пленки с трудом отделяются от поверхности миндалин, оставляя эрозивные поверхности.
024. При дифтерии:
- а) налеты не переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку глотки;
 - б) налеты и пленки переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку небных дужек;
 - в) налеты легко снимаются с поверхности миндалин;
 - г) пленки с трудом отделяются от поверхности миндалин, оставляя эрозивные поверхности.
025. Лакунарная ангина:
- а) является контагиозным заболеванием и требует соответствующих мер профилактики (изоляция больного, отдельная посуда и т.д.);
 - б) не является контагиозным заболеванием и никогда не передается от больного к здоровому воздушно-капельным или контактным путем.
026. Больной с тяжелой формой лакунарной ангины в случае необходимости должен быть госпитализирован:
- а) в терапевтическое отделение;
 - б) в хирургическое отделение;
 - в) в оториноларингологическое отделение;
 - г) в инфекционное отделение.
027. Сочетание каких методов лечения наиболее эффективно для лечения фолликулярной и лакунарной ангины?
- а) антибактериальная терапия (антибиотики и сульфаниламиды)
 - б) гормональная терапия;
 - в) полоскания теплыми антисептическими, щелочными растворами и настоями ромашки, календулы, эвкалипта;

- г) согревающие компрессы на подчелюстную область;
 - д) физиотерапевтическое лечение;
 - е) операция тонзиллэктомии.
028. К симптомам перитонзиллярного абсцесса относятся:
- а) повышение температуры до 38-40°C;
 - б) затруднение открывания рта;
 - в) боли в горле преимущественно на стороне поражения;
 - г) значительная инфильтрация перитонзиллярной клетчатки и гиперемия слизистой на стороне поражения;
 - д) увеличение подчелюстных лимфоузлов преимущественно на стороне поражения;
 - е) кашель;
 - ж) насморк.
029. Сочетание каких методов лечения наиболее эффективно при лечении перитонзиллярного абсцесса?
- а) вскрытие перитонзиллярного абсцесса;
 - б) антибактериальная терапия;
 - в) щелочные полоскания;
 - г) физиотерапевтическое лечение (УВЧ);
 - д) гормональная терапия.
030. При наличии симптома флюктуации вскрывать перитонзиллярный абсцесс:
- а) не обязательно;
 - б) обязательно сразу при обращении больного;
 - в) через 5-7 дней после появления флюктуации.
031. Перечислите признаки декомпенсированной формы хронического тонзиллита
- а) частые ангины (чаще 2 раз в год);
 - б) перитонзиллярные абсцессы в анамнезе;
 - в) аутоиммунные заболевания (гломерулонефрит, ревматизм);
 - г) тонзиллокардиальный синдром;
 - д) хроническая тонзиллогенная интоксикация;
 - е) сахарный диабет;
 - ж) хронический колит.
032. При декомпенсированной форме хронического тонзиллита операция тонзиллэктомии:
- а) настоятельно рекомендована;
 - б) нецелесообразна.
033. Больной, 35 лет, обратился с жалобами на частые (2-3 раза в год) ангины. В анамнезе - 4 правосторонних перитонзиллярных абсцесса, последние два года беспокоят боли в области сердца, суставов, в осенне-зимний период - слабость, разбитость, быстрая утомляемость, длительные (по 3-4 недели) периоды субфебрильной температуры.
- Объективно: подчелюстные узлы справа и слева плотные, увеличенные, умеренно болезненные, миндалины рыхлые, увеличенные, в лакунах - казеозные пробки. Укажите наиболее вероятный диагноз:
- а) хронический тонзиллит;
 - б) острый фарингит;
 - в) рак гортани.
034. Для полипоза носа характерны следующие симптомы:
- а) нарушение носового дыхания;
 - б) слизисто-водянистые выделения из носовых ходов;
 - в) нарушение обоняния;
 - г) сухой кашель;
 - д) увеличение подчелюстных лимфоузлов.
035. После операции полипотомии носа:
- а) практически никогда не бывает рецидивов;
 - б) весьма вероятно повторное появление полипов в носовых ходах через 2-3 года.
036. Полипоз носа нередко сочетается:
- а) с бронхиальной астмой;
 - б) с язвой желудка;
 - в) со стенокардией.
037. Синдром аспириновой триады включает следующие три признака:
- а) полипозный риносинусит;

- б) непереносимость аспирина и анальгина;
- в) бронхиальную астму;
- г) гипертоническую болезнь;
- д) хронический гломерулонефрит.

038. Среди злокачественных опухолей ЛОР-органов наиболее часто встречается:

- а) рак гортани;
- б) рак уха;
- в) злокачественная опухоль носа.

039. К ранним симптомам рака гортани относятся:

- а) охриплость голоса;
- б) кашель, першение;
- в) неприятные ощущения при глотании;
- г) головные боли;
- д) головокружение.

040. Больной, 53 лет, обратился с жалобами на охриплость голоса, кашель, першение, неприятные ощущения при глотании. Данные жалобы беспокоят больного в течение полугода, последние полтора месяца отмечает затруднение дыхания, появление одышки.

Объективно: в области правой голосовой связки - разрастание типа «цветной капусты», переходящее на надгортанник, надчелюстные и шейные лимфоузлы не изменены. Скажите наиболее вероятный диагноз:

- а) хронический ларингит;
- б) рак гортани;
- в) острый ларинготрахеит.

041. Укажите возможные пути попадания инфекции в барабанную полость:

- а) тубогенный (через евстахиеву трубу);
- б) гематогенный;
- в) травматический (через разрыв барабанной перепонки);
- г) алиментарный.

042. Какие антибиотики нельзя применять при лечении острых средних отитов вследствие их ототоксичности?

- а) стрептомицин;
- б) пенициллин;
- в) гентамицин;
- г) канамицин.

043. Круглые инородные тела из полости носа (бусинки, вишневые косточки) следует удалять:

- а) крючком;
- б) пинцетом;
- в) корнцангом.

044. Какие манипуляции целесообразно выполнить перед удалением инородного тела из носовых ходов ребенка?

- а) плотно фиксировать ребенка;
- б) закапать в носовые ходы сосудосуживающие капли;
- в) закапать в носовые ходы 1% раствор дикаина;
- г) провести курс физиотерапии.

045. Какими методами можно удалять твердые круглые инородные тела из слухового прохода?

- а) крючком;
- б) пинцетом;
- в) корнцангом;
- г) вымыванием струей теплой воды.

046. Перед удалением живого инородного тела (насекомое) из наружного слухового прохода целесообразно предварительно закапать в ухо масло, спирт или перекись водорода, чтобы обездвижить данное насекомое:

- а) правильно;
- б) неправильно.

047. Температура жидкости при вымывании серной пробки должна быть:

- а) предельно горячей;
- б) предельно холодной;
- в) равной температуре тела.

048. Больной, 50 лет, после ванны внезапно почувствовал резкое снижение слуха на правое и левое

ухо. Повышения температуры, болей, головокружения не отмечал.

Объективно: правый и левый слуховые проходы плотно obturированы массами темно-коричневого цвета. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) серная пробка;
- б) острый средний гнойный отит;
- в) наружный отит.

049. Причинами нейросенсорной тугоухости могут быть:

- а) вирусное поражение кортиева органа;
- б) стафилококковое воспаление среднего уха;
- в) стрептококковое воспаление среднего уха;
- г) поражение среднего уха ототоксическими антибиотиками.

050. Для поллиноза наиболее характерно сочетание с лекарственной аллергией к:

1. аспирину и пиразолоновым производным;
 2. сульфаниламидным препаратам;
 3. препаратам фенотиазинового ряда;
 4. лекарствам растительного происхождения.
- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
 Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 В) - если правильны ответы 2 и 4;
 Г) - если правильный ответ 4;
 Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

051. При поллинозах нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия к:

- А) молоку и молочным продуктам;
- Б) мясу птицы;
- В) рыбе;
- Г) меду;
- Д) шоколаду.

Ответы на тестовые задания:

001	АБВ	018	А	035	АБ
002	АВГ	019	А	036	А
003	АБ	020	АБВЕ	037	АБВ
004	А	021	А	038	А
005	АБВ	022	А	039	АБВ
006	АБВ	023	АВ	040	Б
007	А	024	БГ	041	АБВ
008	А	025	А	042	АВГ
009	АБВ	026	Г	043	А
010	АБВ	027	АВГД	044	АБВ
011	А	028	АБВГД	045	АГ
012	А	029	АБВГ	046	А
013	АБВ	030	Б	047	В
014	АБВГ	031	АБВГД	048	А
015	А	032	А	049	АГ
016	АБ	033	А	050	Г
017	АБ	034	АБВ	051	Г

4) Выполнить решение ситуационных задач.

Задача 1. У больной хроническим эпитимпанитом внезапно после мытья в душе стали появляться головокружения. Обследование у невролога не показало неврологической патологии. Наиболее вероятная причина головокружений?

- а) разрушение внутренней стенки среднего уха с развитием лабиринтита;
- б) абсцесс головного мозга;
- в) холестеатома.

Задача 2. У больного М., 45 лет, после употребления алкоголя возникла выраженная дисфагия (непроедимость твердой пищи), тупая боль за грудиной. При непрямой ларингоскопии - слюна в грушевидных синусах. Ваш диагноз?

- а) стенокардия;
- б) инородное тело пищевода;
- в) инородное тело гортани;
- г) ожог гортани.

Задача 3. Ребенок, 1 год. Со слов матери - вчера весь вечер был беспокоен, кричал, температура была 37,5° С. Сегодня утром ребенок спокоен, на подушке - пятно гноя. Немного гноя также обнаружено в наружном слуховом проходе. Барабанная перепонка просматривается очень плохо. Ваш диагноз?

- а) экссудативный отит;
- б) острый гнойный средний отит;
- в) хронический средний отит;
- г) наружный отит.

Задача 4. Пожилой мужчина, 68 лет, обратился с жалобами на периодическую заложенность в левом ухе после принятия душа. В анамнезе - хронический средний отит, мезотимпанит. При осмотре - левый наружный слуховой проход практически перекрыт серной пробкой. Ваши действия?

- а) вымыть серную пробку;
- б) удалить серную пробку крючком;
- в) оставить все, как есть;
- г) назначить масляные капли в ухо.

Задача 5. Молодой мужчина, 32 лет, обратился с жалобой на сильное носовое кровотечение. С его слов - носовые кровотечения случаются примерно раз в 2-3 месяца, останавливает самостоятельно. При осмотре - искривление носовой перегородки в виде выроста-«шипа». Слизистая на нем атрофирована, покрыта корочками, в одном месте - умеренно кровоточит. Что показано больному после остановки кровотечения?

- а) постоянный прием викасола и препаратов железа;
- б) сосудосуживающие капли в нос;
- в) подслизистая резекция носовой перегородки.

Ответы на задачи

Задача 1. а) разрушение внутренней стенки среднего уха с развитием лабиринтита.

Задача 2. б) инородное тело пищевода.

Задача 3. б) острый гнойный средний отит.

Задача 4. б) удалить серную пробку крючком.

Задача 5. в) подслизистая резекция носовой перегородки.

Рекомендуемая литература:

Основная:

31. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

Дополнительная:

30. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

РАЗДЕЛ «Болезни глаз в ОВП»

Темы:

1. «Факторы риска заболеваний/состояний глаз»
2. «Состояния/заболевания глаз встречающиеся в ОВП»
3. «Поражения глаз, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей»
4. «Лечение заболеваний/состояний глаза и его придаточного аппарата»

Цель: К концу обучения модуля «Болезни глаз в ОВП» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, чтобы эффективно оказывать соответствующую помощь пациентам с заболеваниями глаз в разные возрастные периоды.

Задачи:

1. Обучить проводить полное клиническое обследование пациентов с заболеваниями/состояниями глаз в условиях ОВП
2. Изучить распространенность основных состояний/заболеваний глаз в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, обучить их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Обучить проводить профилактические и реабилитационные мероприятия при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях глаз и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Обучить устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния глаз, и их семьями в условиях ОВП
5. Обучить организовать помощь пациентам с заболеваниями/состояниями глаз наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

Обучающийся должен знать:

- физиологию зрения, зрительные функции и клинические проявления их нарушений;
- клинику воспалительных заболеваний органов глаза, распространенных у взрослых и детей;
- ранние клинические признаки доброкачественных и злокачественных опухолей глаз;
- клинические синдромы неотложных состояний в офтальмологии (острый приступ глаукомы, травмы, раны, ожоги, инородные тела и др.).

Обучающийся должен уметь: применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов, имеющих проблемы/состояния/заболевания глаз и его придаточного аппарата, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Историей болезни пациента, имеющего патологию глаз и его придаточного аппарата

1. Опрос (жалобы, анамнез, включая аллергологический)
2. Физикальное исследование (осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века у взрослых и детей, слезной железы, определение подвижности глазных яблок)

Лабораторными исследованиями:

1. Взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с конъюнктивы
2. Интерпретация цитологического и бактериологического исследований с конъюнктивы

Методами диагностики, процедуры/манипуляции:

1. Осмотр переднего отдела глаза методом бокового освещения
2. Осмотр глубоких сред методом проходящего света
3. Офтальмоскопия прямая и обратная
4. Выворот верхнего века
5. Исследование остроты центрального зрения с помощью таблиц
6. Исследование цветового зрения с помощью таблиц

7. Измерение внутриглазного давления (пальпаторно, тонометром Маклакова, электронная тонометрия)
8. Определение полей зрения ориентировочным методом (пальцевая периметрия)
9. Определение рефракции субъективным методом при помощи корректирующих стекол
10. Исследование прямой и содружественной реакции зрачков на свет
11. Ориентировочное определение чувствительности роговой оболочки (влажным тампоном из ваты)
12. Оптическая коррекция зрения с помощью пробных очковых линз при миопии, гиперметропии, пресбиопии
13. Канальцевая и носовая проба
14. Местное применение лекарственных средств в глаза (в каплях, мазях)
15. Удаление из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждающих роговицу
16. Наложение монокулярной и бинокулярной повязки
17. Методика чтения рентгенограмм
18. Интерпретация результатов офтальмологического исследования

Оказанием неотложной помощи пациентам с состояниями/заболеваниями глаз:

1. Острый приступ глаукомы
2. Гифема
3. Гемофтальм
4. Острый тромбоз центральной вены сетчатки
5. Острая окклюзия центральной артерии сетчатки
6. Отслойка сетчатки
7. Травмы глаза и его придаточного аппарата:
 - 7.1. Проникающие и непроникающие
 - 7.2. Инородные тела глаза
 - 7.3. Царапины на роговице
 - 7.4. Ожоги глаз, включая солнечные и у сварщиков
8. Поражения глаз, вызванные Herpes zoster

Ведением пациентов после выписки из стационара с заболеваниями глаз, включая хирургические вмешательства:

Навыками консультации:

1. Обучение пациентов с факторами риска отслойки сетчатки тревожным симптомам, при которых они должны немедленно обратиться к врачу
2. Обучение пациентов личной гигиене глаз
2. *Профилактические рекомендации пациенту с состояниями/заболеваниями глаз:*
 - 2.1. Здоровый образ жизни
 - 2.2. Назначение физических нагрузок
 - 2.3. Аллергены
 - 2.4. Профессиональные вредности
 - 2.5. Контактные линзы
 - 2.6. Консультирование семьи, имеющего больного с острыми и хроническими заболеваниями глаз
 - 2.7. Консультирование семьи, имеющего больного со злокачественными заболеваниями глаз

Организационной работой в ОВП по ведению пациентов с заболеваниями глаз:

1. *Медицинская экспертиза:*
 - 1.1. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности
 - 1.2. Проведение клинико-экспертной комиссии (КЭК)
 - 1.3. Определение медицинских показаний к трудоустройству
2. *Управление лечебно-диагностическим процессом в ОВП:*
 - 2.1. Организация маршрута пациента, имеющего заболевания глаз: диагностика, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация

- 2.2. Оказание совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам и больным с тяжелыми хроническими заболеваниями глаз

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

2. Особенности сбора жалоб и анамнеза, самая частая причина, наиболее опасные заболевания, источники неверного диагноза.
3. Осмотр глаза. Инструментальное обследование: острота зрения, офтальмоскопия, осмотр глаза со щелевой лампой, исследование зрачков, измерение внутриглазного давления. Работа с больными, работа в малых группах.
4. Покраснение глаз у детей: бактериальные и вирусные конъюнктивиты новорожденных (хламидиозные, гонококковые). Непроходимость носослезного протока.
5. Покраснение глаз у пожилых: острые бактериальные и вирусные конъюнктивиты. Аллергический конъюнктивит. Субконъюнктивальное кровоизлияние.
6. Эписклерит и склерит. Увеит. Катаракта.
7. Глаукома, группы риска. Профилактика. Приступ глаукомы.
8. Заболевания век и слезного аппарата: ячмень, халазион, блефарит, дакриоцистит, флегмона глазницы.
9. Опоясывающий лишай. Пингвекула и птеригий. Тактика ВОП. ПМП. Роль МСОП. Случаи, требующие консультации окулиста и других специалистов.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (оценка зрения, подбор очков, измерение внутриглазного давления, офтальмоскопия), по алгоритму под контролем преподавателя.

3. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач: Предварительный диагноз, ведущий синдром/симптом, признаки наличия серьезных проблем и наличия психосоциальных факторов риска. Дифдиагноз. Оценить симптомы и их длительность. План ведения пациента. Тактика сбора анамнез, проведения осмотра. Тактика при наличии серьезных проблем, неотложная помощь. Организация ведения пациента в ОВП, характеристика этиопатогенетических и симптоматических методов лечения, профилактика, реабилитация.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

1. На прием к врачу общей практики обратилась женщина 40 лет с жалобами на зуд, раздражение и отек век. Тактика ведения пациента врачом общей практики. Диагностический поиск.

Предварительный диагноз: Синдром красного глаза, конъюнктивит

Симптомы

Покраснение глаз, отделяемое, зуд, боль, светобоязнь, нарушение зрения, один или два глаза вовлечены в процесс.

Признаки наличия серьезных проблем

- Умеренная или сильная боль в области глаза
- Экзофтальм
- Перикорнеальная инъекция
- Снижение остроты зрения
- Гнойное отделяемое
- Отсутствие ответа на терапию
- Резкая гиперемия и отек век
- Повторные эпизоды конъюнктивита
- Герпес
- Механическая, химическая травмы, ультрафиолетовое поражение
- Новорожденный

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

- Аллергические реакции
- Неблагоприятные социально – гигиенические условия
- Заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП) – причина конъюнктивита (гонококк, хламидии)
- Инфекционный конъюнктивит, вызванный ЗППП среди детей

- Красный глаз как признак системной болезни
- ВИЧ и другие иммунодефицитные состояния
- Курение, профессиональные вредности, путешественники

Ведение пациента

Анамнез

Оценить симптомы и их длительность

Осмотр

Наружный осмотр глаз и микроскопия, измерение внутриглазного давления

Диагностические тесты – мазки на культуру

Биопсия проводится в случаях, когда конъюнктивит не поддается лечению для исключения неоплазмы.

При признаках серьезных проблем

Срочная консультация специалиста офтальмолога, в большинстве случаев лечение возможно в амбулаторных условиях. Госпитализация обычно необходима, если планируется хирургическое вмешательство.

При отсутствии признаков серьезных проблем

Антибиотики должны применяться местно при бактериальном воспалении. Ахромицин, Окуфлоркс, Тобрекс применяются каждые 2 – 4 часа. Курс лечения 5 – 7 – 14 дней, в зависимости от процесса выздоровления. 5–7-дневный курс антибиотиками широкого спектра действия более эффективен. Если вовлечены в процесс веки – обрабатывают теплым влажным тампоном, чтобы смягчить сухое отделяемое, перед использованием антибиотиков. Создавать дренаж при ячмене или халязионе, влажным компрессом (в дополнение к лечению антибиотиками), в случае неэффективного консервативного лечения используют хирургический надрез.

Если причиной красного глаза является хламидия или гонококк – необходима системное лечение.

Инфекции аденовирусами или вирусами Коксаки лечатся симптоматически, не требуют специального лечения

Конъюнктивиты в сочетании с инфекционным мононуклеозом, гриппом, болезнью Лайма, лихорадкой кошачьей царапины, эпидемиологическим паротитом, краснухой, фарингоконъюнктивальной лихорадкой и связанные с применением вирусных вакцин лечат искусственной слезой, холодным компрессом, антигистаминными препаратами, специального лечения не требуют.

Лечение кортикостероидами сомнительно (т.к. может явиться причиной распространения вируса). Пациенты, применяющие кортикостероиды, должны быть проинструктированы о распространении вируса в течение 2 недель.

Аллергический дерматит или конъюнктивит:

- Вазоконстрикторы и антигистаминные. Комбинация Антазолина и Нафазолина (Naphcon – A) более эффективна.
- Стабилизаторы тучных клеток. Лодоксамид 0,1%(Alomide) или кромолин 4% (Кролом) эффективны в лечении в острый период.
- Нестероидные и противовоспалительные. Кеторолак 0,5% (Acular) или Диклофенак (Вольтарен) могут быть эффективными
- Кортикостероиды. Преднизолон, медризон, дексаметазон или флуорометолон 2 – 4 раза в день наиболее эффективны.

При наличии психосоциальных факторов риска

Пациенты должны быть информированы о путях передачи: через руки, сексуальный контакт, полотенца и внешних воздействиях (курение, промышленный дым)

Пациенты с аллергическими реакциями должны избегать контакта с аллергенами

Если заболевание связано с ЗППП, лечение должно проводиться и у полового партнера

Врач должен быть настороженным в отношении ЗППП у детей

Пациенты с системными заболеваниями (сахарный диабет, гипотиреоз и т.д.) или ВИЧ и другие иммунодефицитные состояния, должны быть консультированы специалистами.

2. Мужчина 32 лет с жалобами на светобоязнь, слезотечение, болезненность глазного яблока, ощущение инородного тела обратился на прием к врачу общей практики.

Предварительный диагноз: Травма глаза.

Симптомы

Слезотечение, блефароспазм, светобоязнь, боль

Признаки наличия серьезных проблем

- проникающее ранение роговицы, склеры
- инородные тела внутри глазного яблока
- прободение глазного яблока

- воздействие химических веществ, щелочей, кислот, горячих жидкостей
- контузия глазного яблока
- ожог век и конъюнктивы 3-4 степени
- ожог глазного яблока со значительным помутнением роговицы
- сквозная рана фиброзной оболочки глаза

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Работа, связанная с испарениями едких веществ, образованием быстро движущихся фрагментов (рубка, дробление, сварка) или излучением интенсивного света, в том числе в ультрафиолетовом диапазоне.

Ведение пациента

Анамнез

Установить механизм возникновения травмы

Осмотр

Офтальмологический осмотр: положение глаза в орбите и его движения, состояние оптических сред и глазного дна; измерить внутриглазное давление; исследовать остроту зрения; использовать 2% раствор флюоресцеина для выявления дефектов эпителия роговицы

При наличии признаков серьезных проблем

Срочная консультация специалиста и госпитализация

На догоспитальном этапе необходимо:

- наложить на пострадавший глаз легкую повязку
- ввести антибиотик широкого спектра действия
- профилактика столбняка
- обезболивание

При отсутствии признаков серьезных проблем

При ранениях глаза и окружающих тканей ввести противостолбнячную сыворотку.

При эрозии роговицы – ввести 0,25% р-р дикаина однократно субконъюнктивально, 20% р-р сульфацил – натрия или 1% левомецитиновая глазная мазь местно, наложить повязку на поврежденный глаз.

Инородное тело на конъюнктиве – удалить инородное тело, субконъюнктивально 0,25% р-р левомецитина, лечение 4 дня.

Гифема – постельный режим, наложение повязки на поврежденный глаз и консультация специалиста

При периорбитальных контузиях – компресс со льдом, постельный режим, если повышено внутриглазное давление – 0,5% р-р тимолола.

При ожогах 1–2 степени – вводят противостолбнячную сыворотку (1500 – 3000МЕ), кожу вокруг поврежденных участков век обрабатывают 70% спиртом, пузыри вскрывают и наносят дезинфицирующую мазь.

При воздействии щелочей конъюнктивальную полость промывают физиологическим раствором или водой непрерывно 15 минут, консультация специалиста.

При наличии признаков психосоциальных факторов риска

- информировать пациента о соблюдении правил техники безопасности на рабочем месте
- использование световых фильтров в работе с ультрафиолетовым и инфракрасным излучением
- информировать о приемах первой помощи при травмах глаза.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача 1

Больной, 33 лет, утром обнаружил, что веки на обоих глазах отеки, склеились, глаза резко покраснели. При осмотре: веки обоих глаз отечны, в конъюнктивальном мешке обильное гнойное отделяемое. Резко выраженная конъюнктивальная инъекция глазного яблока, конъюнктивит века отечна, гиперемирована, оптические среды прозрачны, глазное дно в норме. Тактика ВОП?

Задача 2

Пациент предъявляет жалобы на возникшее 3 дня назад покраснение и припухлость в наружной половине верхнего века правого глаза, боли в той же области, повышение температуры тела. При осмотре: S-образная форма глазной щели, отек конъюнктивы глазного яблока в наружной половине, подвижность глаза слегка ограничена сверху кнаружи, околоушные лимфоузлы справа увеличены и болезненны. Тактика ВОП?

Задача 3.

Женщина, 45 лет, два дня назад во время покупки ели к Новому году уколола глаз ее веточкой. Обратилась с жалобами на светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела, боль в глазу. При осмотре:

выраженная смешанная инъеция глазного яблока, в роговице желтый инфильтрат, гипопион 3мм, зрачок 2,5мм, на свет реагирует очень вяло, глубокие оптические среды прозрачны, острота зрения 0,1. Тактика ВОП?

Задача 4.

Больной, 64 лет, в течение 2 лет отмечает постепенное снижение зрения на обоих глазах, 3 месяца не различает предметы обоими глазами, глаза не краснели, не болели. При осмотре: в переднем отделе глаз патологии нет, внутриглазное давление обоих глаз 20 мм.рт.ст., область зрачков серого цвета, при офтальмологическом просвечивании - рефлекс с глазного дна нет. Острота зрения: правого глаза - светоощущение с правильной проекцией, левого глаза - движение руки у лица. Тактика ВОП?

Задача 5.

Токарь во время работы на станке с металлом получил ранение глазного яблока. При осмотре - острота зрения поврежденного глаза 0,01, не корригируется, на роговице - линейное помутнение (рана с адаптированными краями), в радужке виден небольшой дефект ткани, в проходящем свете - розовое свечение только по периферии. Тактика ВОП?

Ответы на ситуационные задачи

Задача 1. У больного острый гнойный конъюнктивит. Лечение:

- раствор сульфацил-натрия 20%-ный закапывать в конъюнктивальный мешок каждые 2 часа в течение дня (6-8 раз в день),
- перед закапыванием промывать конъюнктивальный мешок антисептиком (раствор фурациллина либо слабый раствор перманганата калия 1:5 000 для механического удаления отделяемого),
- утром и на ночь закладывать за нижнее веко левомецетиновую глазную мазь (1%) после закапывания.

Провести беседу о необходимости соблюдения правил личной гигиены (отдельное полотенце и постельное белье), о нежелательности контакта со здоровыми лицами, особенно детьми.

Выдать больничный лист, оценить эффективность назначенного лечения на 3-й день, при необходимости заменить раствор сульфацил-натрия на инстилляцию антибиотиков (ципрофлоксацин 0,3%).

Задача 2. У больного острый дакриоденит. Необходима срочная госпитализация в офтальмологическое отделение.

Первая врачебная помощь:

- закапать в конъюнктивальный мешок 20% раствор сульфацил-натрия (или раствор антибиотика, например 0,25% раствор левомецетина),
- за нижнее веко заложить левомецетиновую глазную мазь (1%) либо любую другую мазь с антибиотиком,
- внутрь десенсибилизирующее средство (и/или жаропонижающее), например, супрастин 1 табл.,
- возможно наложение монокулярной повязки. Специализированная офтальмологическая помощь в стационаре включает инстилляцию антибактериальных глазных капель в конъюнктивальный мешок 4-6 раз в день, закладывание за нижнее веко глазной мази с антибиотиком 2 раза в день, антибиотик широкого спектра действия и десенсибилизирующие препараты внутрь, на область слезной железы при отсутствии признаков абсцедирования - сухое тепло (УВЧ-терапия, грелка или синий свет), при наличии флюктуации - вскрытие абсцесса и дренирование.

Задача 3. Вероятно, у больной гнойная язва роговицы. Необходима срочная госпитализация в офтальмологическое отделение. Первая врачебная помощь:

- промыть (крайне осторожно, во избежание перфорации роговицы!) конъюнктивальный мешок антисептиком (раствор фурациллина либо слабый раствор перманганата калия 1:5 000),
- закапать в конъюнктивальный мешок 0,25% раствор левомецетина (либо другие глазные капли с антибиотиком),
- закапать мидриатик (атропина сульфат 1%-ный либо мидриацил);
- за нижнее веко заложить левомецетиновую глазную мазь (1%) либо любую другую мазь с антибиотиком,
- наложить монокулярную повязку,
- внутрь десенсибилизирующее средство (и/или жаропонижающее), например, супрастин 1 табл., и антибиотик широкого спектра действия.

Специализированная офтальмологическая помощь в стационаре включает промывание конъюнктивального мешка раствором антисептика каждые 30-40 мин, инстилляцию мидриатиков (кратность зависит от продолжительности действия используемого препарата: атропина сульфат, например, 3 раза в день),

антибактериальных глазных капель в конъюнктивальный мешок 8 раз в день, закладывание за нижнее веко глазной мази с антибиотиком 2 раза в день, антибиотик широкого спектра действия внутримышечно или внутрь, инъекции антибиотиков под конъюнктиву, десенсибилизирующие препараты внутрь, витаминные капли (витавик), средства, улучшающие эпителизацию (актовегин-гель). При стихании воспалительного процесса - рассасывающая терапия (уменьшение размеров помутнения роговицы), например, электрофорез с лидазой.

Задача 4. У больного зрелая старческая (возрастная) катаракта. Дополнительно возможна биомикроскопия глаза для уточнения диагноза и формы помутнения хрусталика. Показана экстракция катаракты, поэтому необходим осмотр у офтальмолога для решения вопроса об оперативном лечении. При подготовке пациента к плановой операции проводится общеклиническое обследование (общие анализы крови и мочи, состояние свертывающей системы крови, ЭКГ, динамика артериального давления, уровень глюкозы в крови), при необходимости - консультации специалистов, курс лечения ангиопротекторами (1-2 нед.).

Способ коррекции односторонней афакии в данном случае - имплантация интраокулярной линзы. В послеоперационном периоде (в течение 2 мес.) на амбулаторном этапе выполняются рекомендации офтальмохирурга (инстилляций витаминных капель, противовоспалительных средств в конъюнктивальный мешок). Экстракция катаракты другого глаза возможна через 6 мес. после первой операции (при гладком течении послеоперационного периода), в течение этого периода в конъюнктивальный мешок здорового глаза необходимы инстилляций препаратов, улучшающих трофику (квинакс, тауфон), со сменой препарата каждые 2 мес.

Задача 5. У больного проникающее роговичное ранение глазного яблока. Необходима экстренная госпитализация в офтальмологическое отделение. Первая врачебная помощь:

- осторожно закапать в конъюнктивальный мешок 20% раствор сульфацил-натрия (или раствор антибиотика, например 0,25% раствор левомицетина),
- обезболить инстилляцией 0,25 % раствора дикаина,
- внутрь или внутримышечно ввести антибиотик широкого спектра действия,
- внутримышечно ввести противостолбнячный анатоксин,
- наложить биную повязку,
- госпитализация на носилках (!).

Специализированная офтальмологическая помощь в стационаре включает уточняющее офтальмологическое обследование (в частности, рентгенография с протезами-индикаторами Комберга-Балтина для локализации внутриглазного инородного тела), первичную хирургическую обработку раны. В послеоперационном периоде необходимы инстилляций мидриатиков (кратность зависит от продолжительности действия используемого препарата: атропина сульфат, например, 3 раза в день), антибактериальных глазных капель в конъюнктивальный мешок 6-8 раз в день, закладывание за нижнее веко глазной мази с антибиотиком 2 раза в день, антибиотик широкого спектра действия внутримышечно или внутривенно, инъекции антибиотиков под конъюнктиву, десенсибилизирующие препараты внутрь, инстилляций препаратов, улучшающих трофику тканей глаза (катахром), средства, улучшающие эпителизацию роговицы (актовегин-гель).

Возможные осложнения:

- выпадение содержимого глаза;
- гнойные иридоциклит, увеит, эндофтальмит, паноптальмит;
- кровоизлияния в стекловидное тело с последующим образованием грубых фиброзных тяжей, приводящих к тракционной отслойке сетчатки;
- симпатическая офтальмия;
- металлоз (в случае неудаленного внутриглазного металлического инородного тела).

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Клиническая анатомия и физиология зрительного анализатора.
 2. Основные клинические симптомы:
 - Боль в глазу
 - Красный глаз, белый глаз
 - Снижение остроты зрения
 3. Методы исследования больного с патологией органа зрения
 - 3.1. Клиническое обследование пациента с заболеванием глаз.
 - 3.2. Лабораторные и функциональные методы исследования: взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с конъюнктивы
 4. Основные нозологические формы

- 4.1. Глаукома
- 4.2. Болезни век, слезных органов, глазницы
- 4.3. Болезни роговицы
- 4.4. Болезни заднего отдела глаза
- 4.5. Нейроофтальмологические заболевания
- 4.6. Заболевания конъюнктивы
- 4.7. Катаракта

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Локализация корковых зрительных центров:
 - а) латеральные колленчатые тела;
 - б) затылочная доля;
 - в) четверохолмие;
 - г) теменная доля.
2. Возраст, в котором начинает функционировать слезная железа:
 - а) 2 мес.;
 - б) в первые часы после рождения;
 - в) 3-4 недели;
 - г) 3 мес.
3. Структуры глаза, не имеющие чувствительных нервных окончаний:
 - а) хрусталик и сетчатка;
 - б) хориоидея и хрусталик;
 - в) хориоидея и сетчатка;
 - г) роговица и хрусталик.
4. Кровоснабжение глаза:
 - а) глазничная артерия;
 - б) ветви лицевой артерии;
 - в) ветви внутренней сонной артерии;
 - г) ветви средней менингеальной артерии.
5. Факторы, обеспечивающие высокую остроту зрения:
 - а) плотность и размеры колбочковых элементов центральной ямки;
 - б) нормальное состояние зрительных путей;
 - в) нормальное состояние подкорковых и корковых зрительных центров;
 - г) все перечисленное.
6. Расстояние, с которого определяется острота зрения по таблицам:
 - а) 5м;
 - б) 6м;
 - в) зависит от расстояния, с которого пациент видит 1-ю строчку таблицы;
 - г) 3м.
7. Острота зрения у новорожденных:
 - а) 0,7-0,5;
 - б) тысячные доли единицы;
 - в) 1,5;
 - г) 0,2-0,1.
8. Сроки начала формирования цветового зрения:
 - а) период новорожденности;
 - б) с 6 мес.;
 - в) на 2-м году жизни;
 - г) раннее детство.
9. Цвета шариков, которые должны быть в центре гирлянд, подвешиваемых детям в колясках и кроватках:
 - а) красные, оранжевые, желтые, зеленые;
 - б) красные, желтые, зеленые;
 - в) красные, желтые, оранжевые, синие;
 - г) желтые, красные, зеленые, синие.
10. Необходимые цвета игрушек для маленьких детей:
 - а) красный, оранжевый, желтый, зеленый, синий;
 - б) красный, желтый, оранжевый, зеленый;

- в) красный, желтый, зеленый, синий;
 - г) красный, оранжевый, желтый, зеленый, синий, голубой.
11. Разница в величине поля зрения у детей и взрослых:
- а) у детей на 10° шире;
 - б) у взрослых на 10° шире;
 - в) разницы нет;
 - г) у детей на 15-20° шире.
12. Изменение в поле зрения, характерное для глаукомы:
- а) концентрическое сужение;
 - б) не изменяется;
 - в) сужение с носовой стороны;
 - г) сужение с височной стороны.
13. Вид и сила клинической рефракции при дальнейшей точке ясного видения на расстоянии 2 м:
- а) миопия 2,0 Д;
 - б) гиперметропия 2,0 Д;
 - в) пресбиопия 2,0 Д;
 - г) эметропия.
14. Изменение клинической рефракции с возрастом в норме:
- а) гиперметропия у новорожденных к 12-14 годам сменяется миопией;
 - б) гиперметропия у новорожденных к 12-14 годам сменяется эметропией;
 - в) миопия у новорожденных к 12-14 годам сменяется эметропией;
 - г) миопия у новорожденных к 12-14 годам сменяется гиперметропией.
15. Возрастной период, в котором должны осматриваться дети для выявления аномалий рефракции:
- а) в 6 мес.;
 - б) в 1 год;
 - в) в 2 мес.;
 - г) в 1 год или в 6 мес. (при отягощенной наследственности).
16. Коррекция близорукости для дали и близи:
- а) полная для дали и на 2 Д меньше для работы, чем для дали;
 - б) до 0,7-0,8 для дали и на 2,5 Д меньше для работы, чем для дали;
 - в) полная или до 0,7-0,8 для дали и на 2-2,5 Д меньше для работы, чем для дали;
 - г) полная для дали и на 2-2,5 Д меньше для работы, чем для дали.
17. Объективный метод определения клинической рефракции:
- а) биомикроскопия;
 - б) скиаскопия;
 - в) офтальмоскопия;
 - г) гониоскопия.
18. Общее заболевание, при котором не наблюдается изменений на глазном дне:
- а) сахарный диабет;
 - б) гипертоническая болезнь;
 - в) токсоплазмоз;
 - г) гепатит.
19. Общее заболевание, при котором в макулярной области выявляется «фигура звезды»:
- а) артериальная гипертензия;
 - б) хронический гломерулонефрит;
 - в) сахарный диабет;
 - г) синдром Стилла.
20. Пресбиопия - это:
- а) спазм аккомодации у лиц пожилого возраста;
 - б) уменьшение степени миопии с возрастом;
 - в) уменьшение объема аккомодации с возрастом;
 - г) дальновзоркость.
21. Подбор очков для чтения пациенту 60 лет с миопией, равной 1,5 Д:
- а) $2Д - 1,5Д = 0,5Д$;
 - б) $3Д - 1,5Д = 1,5Д$;
 - в) $1,5Д + 1,5Д = 3Д$;
 - г) $1,5Д - 0,5Д = 1Д$.

22. Возраст, к которому формируется бинокулярное зрение:
- а) 2-3 года;
 - б) 1 год;
 - в) 6 мес.-1 год;
 - г) 3-4 года.
23. Амблиопия является осложнением:
- а) миопии высокой степени;
 - б) глаукомы;
 - в) косоглазия;
 - г) катаракты.
24. Воспалительные процессы в области век:
- а) блефарит, ячмень, халазион;
 - б) блефарит, ячмень, дакриoadенит, контагиозный моллюск;
 - в) блефарит, ячмень, контагиозный моллюск;
 - г) блефарит, ячмень, халазион, контагиозный моллюск.
25. Изменения век при параличе лицевого нерва:
- а) лагофтальм;
 - б) энофтальм;
 - в) птоз;
 - г) выворот.
26. Заболевания, при которых не развивается воспаление слезной железы:
- а) бруцеллез, токсоплазмоз;
 - б) корь, скарлатина;
 - в) эпидемический паротит, брюшной тиф;
 - г) ревматизм, ангина, грипп.
27. Наиболее частые возбудители конъюнктивитов в настоящее время:
- а) моракселла и пневмококк;
 - б) хламидии и стафилококк;
 - в) стафилококк и пневмококк;
 - г) вирусы и хламидии.
28. Предпочтительнее для профилактики гонобленнореи у новорожденных:
- а) однократная инсталляция 2% раствора ляписа;
 - б) 3 - 5-кратные инстилляциии в течение 10 мин. раствора пенициллина (10000 ЕД в 1 мл);
 - в) 3-кратные инстилляциии в течение 10 мин. 30% раствора сульфацила – натрия;
 - г) 3-кратные инстилляциии в течение 10 мин. раствора левомецетина.
29. Изменение конъюнктивы верхнего века в виде «булыжной мостовой» встречается при:
- а) аденовирусном конъюнктивите;
 - б) весеннем катаре;
 - в) трахоме;
 - г) дифтерийном конъюнктивите.
30. Состояние чувствительности роговицы у ребенка до 2 мес. жизни:
- а) очень низкая или отсутствует;
 - б) выше, чем у взрослого;
 - в) такая же, как у взрослого;
 - г) несколько сниженная.
31. Признаки роговичного синдрома:
- а) светобоязнь, блефароспазм, слезотечение;
 - б) светобоязнь, слезотечение, снижение зрения;
 - в) блефароспазм, слезотечение, боль;
 - г) светобоязнь, блефароспазм, слезотечение, боль.
32. Наиболее частая причина кератитов у детей и взрослых:
- а) корь;
 - б) ветряная оспа;
 - в) герпетическая инфекция;
 - г) аденовирусная инфекция.
33. Для профилактики синехий при иридоциклите назначают:
- а) миотики;
 - б) мидриатики;

- в) антибиотики;
 - г) сульфацил-натрий.
34. Вид инъекции сосудов, характерный для иридоциклита:
- а) перикорнеальная, смешанная;
 - б) конъюнктивальная;
 - в) конъюнктивальная, смешанная;
 - г) перикорнеальная.
35. Наиболее частые осложнения иридоциклитов:
- а) снижение зрения;
 - б) вторичная глаукома и катаракта;
 - в) неврит зрительного нерва;
 - г) хориоретинит и кровоизлияния в стекловидное тело.
36. Скопление гноя в передней камере глаза - это:
- а) гифема;
 - б) гемофтальм;
 - в) преципитаты;
 - г) гипопион.
37. Афакия - это:
- а) искусственный хрусталик;
 - б) отсутствие хрусталика;
 - в) отсутствие глазного яблока;
 - г) дефект радужки.
38. Возраст, в котором чаще появляется старческая катаракта:
- а) 50 лет и старше;
 - б) 70 лет и старше;
 - в) 40 лет и старше;
 - г) 60 лет и старше.
39. Признаки начальной катаракты все перечисленные, кроме:
- а) медленного снижения остроты зрения;
 - б) сероватого оттенка зрачка;
 - в) невозможности очковой коррекции;
 - г) инъекции сосудов конъюнктивы.
40. Нормы внутриглазного давления у взрослых и детей (в мм. рт. ст.):
- а) 15-20;
 - б) 16-26;
 - в) 18-25;
 - г) 18-28.
41. Возраст, с которого необходимо ежегодно контролировать внутриглазное давление (лет):
- а) 35;
 - б) 45;
 - в) 40;
 - г) 50.
42. Признаки врожденной глаукомы все, кроме:
- а) глубокой передней камеры;
 - б) увеличения размеров роговицы и глаза;
 - в) широкого зрачка, застойной инъекции сосудов глазного яблока;
 - г) дефекта радужки.
43. Способы исследования офтальмотонуса все перечисленные, кроме:
- а) пальпаторного;
 - б) офтальмоскопического;
 - в) тонометрического;
 - г) тонографического.
44. Сроки операции детей с врожденной глаукомой:
- а) сразу после установления диагноза;
 - б) 2 мес.;
 - в) 4 недели;
 - г) 6 мес.
45. Наиболее действенным лекарственным средством при остром приступе глаукомы является:

- а) пилокарпин;
 - б) тимолол;
 - в) фуросемид;
 - г) диакарб.
46. Признаки проникающего ранения глаза все перечисленные, кроме:
- а) выпадения в рану внутренних оболочек глаза;
 - б) изменения глубины передней камеры;
 - в) иридоденеза;
 - г) наличия рентгенконтрастного инородного тела внутри глаза.
47. Изменение век, указывающее на повреждение околоносовых пазух:
- а) подкожная крепитация;
 - б) симптом «очков»;
 - в) ссадины;
 - г) птоз и отек век.
48. Косвенный признак отслойки сетчатки при тупой травме глаза:
- а) слепота;
 - б) колышущаяся «вуаль» перед глазом;
 - в) гифема;
 - г) отсутствие подвижности глазного яблока.
49. Первая врачебная помощь при химических ожогах глаз включает все перечисленное, кроме:
- а) обильного промывания конъюнктивальной полости водой;
 - б) глазных мазей с антибактериальным действием;
 - в) местного применения антибиотиков;
 - г) мидриатиков.
50. Начальные признаки ретинобластомы все, кроме:
- а) снижения остроты зрения и выпадения полей зрения;
 - б) уменьшения глубины передней камеры;
 - в) экзофтальма;
 - г) расширения и зеленоватого «свечения» зрачка.
51. Основная причина слепоты при глаукоме:
- а) помутнение хрусталика;
 - б) атрофия зрительного нерва;
 - в) снижение числа фоторецепторов;
 - г) изменение анатомической оси глаза.
52. Дифференциально-диагностическими признаками глаукомы и острого иридоциклита являются все, кроме:
- а) уровня внутриглазного давления;
 - б) пальпаторной картины;
 - в) характера нарушения зрения;
 - г) характера инъекции сосудов конъюнктивы.
53. Тактика семейного врача при впервые выявленном повышенном внутриглазном давлении:
- а) назначить пилокарпин;
 - б) назначить консультацию окулиста;
 - в) тактика зависит от уровня внутриглазного давления;
 - г) проведение суточной тонометрии.
54. При дифференциальной диагностике неврита и атрофии зрительного нерва учитываются все, кроме:
- а) цвета диска зрительного нерва;
 - б) четкости границ диска зрительного нерва;
 - в) анамнестических данных;
 - г) характера нарушений зрительных функций.
55. Наиболее тяжелыми проявлениями тупой травмы глаза являются все, кроме:
- а) гипосфагмы;
 - б) гемофтальма;
 - в) отрыва зрительного нерва;
 - г) отслойки сетчатки.
56. Причины слезотечения все, кроме:
- а) сужения слезных точек;
 - б) повышенной чувствительности роговицы;
 - в) искривления носовой перегородки;

- г) выворота нижнего века.
57. Дифференциально-диагностические признаки дакриоцистита и флегмоны слезного мешка все, кроме:
- а) флюктуации;
 - б) общего состояния;
 - в) гнойного отделяемого из слезных точек;
 - г) выраженности лихорадки.
58. Признаком дакриоаденита является:
- а) слезотечение;
 - б) гнойное отделяемое из слезных точек;
 - в) S-образная деформация верхнего века;
 - г) припухлость в области внутреннего угла глаза.
59. Морфологическими формами кератитов являются все, кроме
- а) инфильтрата;
 - б) птеригиума;
 - в) ползучей язвы;
 - г) эрозии.

Ответы на тестовые задания:

1	б	31	г
2	а	32	в
3	в	33	б
4	в	34	а
5	г	35	б
6	а	36	г
7	б	37	б
8	г	38	г
9	а	39	г
10	а	40	б
11	б	41	в
12	в	42	г
13	а	43	б
14	б	44	а
15	г	45	г
16	в	46	в
17	б	47	а
18	г	48	б
19	б	49	г
20	в	50	а
21	б	51	б
22	а	52	в
23	в	53	в
24	г	54	б
25	а	55	а
26	а	56	в
27	в	57	г
28	в	58	в
29	б	59	б
30	а		

Рекомендуемая литература:

Основная:

32. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

33. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.

Дополнительная:

31. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

РАЗДЕЛ «Болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем в ОВП»

Подраздел . «Болезни и состояния кожи в ОВП»

Темы раздела:

1. «Факторы риска кожных заболеваний»
2. «Болезни и состояния кожи встречающиеся в ОВП»
3. «Консервативные методы лечения»
4. «Профилактика кожных болезней в ОВП»

Цель: к концу обучения модуля «Болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем в ОВП» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, чтобы эффективно оказывать соответствующую помощь пациентам с заболеваниями/состояниями кожи в разные возрастные периоды. Уметь определять показания для направления к амбулаторным специалистам и в стационар.

Задачи:

1. Обучить проводить полное клиническое обследование пациентов с заболеваниями/состояниями кожи в условиях ОВП
2. Рассмотреть распространенность основных заболеваниями/состояниями кожи в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, обучить их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Обучить проводить профилактические и реабилитационные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях/состояниях кожи, выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Обучить устанавливать эффективные взаимоотношения с пациентами, имеющими заболеваниями/состояниями кожи, и их семьями в условиях ОВП
5. Обучить организовать помощь пациентам с заболеваниями/состояниями кожи наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

- этиологию и патогенез распространенных синдромов и заболеваний;
- естественное течение заболеваний/состояний кожи;
- распространенность заболеваний в популяции и в различных половозрастных группах
- типичные и нетипичные проявления и осложнения у взрослых, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста, беременных
- факторы риска
- особенности диагностики
- лечение – начальное, неотложное, продленное
- критерии для направления к специалистам и в стационар

1. Клиническая анатомия, гистология и физиология кожи и ее придатков (сальные и потовые железы, волосы и ногти)
2. Факторы риска кожных заболеваний
 - 2.1. Генетическая предрасположенность
 - 2.2. Возраст
 - 2.3. Питание
 - 2.5. Экология
 - 2.6. Профессия
 - 2.7. Лекарственные препараты
 - 2.8. Личная гигиена
 - 2.9. Климат/сезон года
3. Болезни и состояния кожи встречающиеся в ОВП.
 - 3.1. Основные симптомы и синдромы
 - 3.1.1. Основные элементы кожных сыпей
 - 3.1.1.1. Первичные элементы
 - 3.1.1.2. Вторичные элементы
 - 3.1.2. Кожный зуд (локализованный, генерализованный)
 - 3.1.3. Дермографизм
 - 3.1.4. Гипергидроз, включая бромидроз и хромидроз
 - 3.2. Кожные инфекции
 - 3.2.1. Бактериальные
 - 3.2.1.1. Импетиго
 - 3.2.1.2. Рожа
 - 3.2.1.3. Целлюлит

- 3.2.1.4. Эктима
- 3.2.1.5. Фалликулит, фурункул, карбункул,
- 3.2.1.6. Эритразма
- 3.2.2. Вирусные
 - 3.2.2.1. Вирусные бородавки
 - 3.2.2.2. Герпес простой (Herpes simplex)
 - 3.2.2.3. Опоясывающий лишай (Herpes zoster)
 - 3.2.2.4. Контангиозный моллюск
- 3.2.3. Микозы
 - 3.2.3.1. Поверхностные микозы
 - 3.2.3.1.1. Лишай разноцветный
 - 3.2.3.1.2. Микозы стоп
 - 3.2.3.1.3. Микозы крупных складок и гладкой кожи
 - 3.2.3.1.4. Микроспория
 - 3.2.3.1.5. Поверхностная трихофития
 - 3.2.3.1.6. Кандидоз
 - 3.2.3.2. Глубокие микозы
- 3.2.4. Микобактерии, включая атипичные
 - 3.2.4.1. Туберкулез кожи
 - 3.2.4.2. Лепра
- 3.2.5. Паразитарные болезни кожи (дерматозоозы)
 - 3.2.5.1. Чесотка
 - 3.2.5.2. Педикулез
 - 3.2.5.3. Демодикоз
- 3.2.6. Лишай розовый Жибера
- 3.3. Зудящие дерматиты (экзема)
 - 3.3.1. Нейродермит (диффузный, ограниченный)
 - 3.3.2. Контактный (простой, аллергический)
 - 3.3.3. Варикозная экзема
 - 3.3.4. Сухая экзема
 - 3.3.5. Дигидротическая экзема
 - 3.3.6. Монетовидная экзема
 - 3.3.7. Почесуха
- 3.4. Болезни сальных и потовых желез
 - 3.4.1. Себорея
 - 3.4.2. Угри
 - 3.4.2.1. обыкновенные
 - 3.4.2.2. новорожденных
 - 3.4.2.3. масляные
 - 3.4.2.4. лекарственные
 - 3.4.3. Розовые угри
 - 3.4.4. Гидраденит
- 3.5. Пузырные дерматозы
 - 3.5.1. Пузырчатка истинная (пемфигус)
 - 3.5.2. Пузырчатка (буллезный пемфигоид)
 - 3.5.3. Герпетиформный дерматит Дюринга
 - 3.5.4. Полиморфная экссудативная эритема
 - 3.5.5. Крапивница
- 3.6. Повреждения кожи
 - 3.6.1. Ожоги (термические, химические, загар)
 - 3.6.2. Волдырь
 - 3.6.3. Потертости
 - 3.6.4. Мацерация
 - 3.6.5. Травма, включая ушиб
 - 3.6.6. Укусы и укусы
- 3.7. Болезни волос и ногтей
 - 3.7.1. Проблемы/болезни волос
 - 3.7.1.1. Нерубцовая алопеция

- 3.7.1.1.1. Врожденная
- 3.7.1.1.2. Симптоматическая
- 3.7.1.1.3. Себорейная
- 3.7.1.1.4. Андрогенная (преждевременная)
- 3.7.1.1.5. Гнездная
- 3.7.1.2. Грибковые поражения волос
- 3.7.1.3. Гипертрихоз
- 3.7.1.4. Изменения структуры волос (дистрофия волос)
- 3.7.2. Проблемы/болезни ногтей
 - 3.7.2.1. Грибковая инфекция
 - 3.7.2.2. Травма, включая гематому
 - 3.7.2.3. Нарушения, связанные с системными заболеваниями
 - 3.7.2.4. Паронихия острая и хроническая
 - 3.7.2.5. Вросший ноготь
 - 3.7.2.6. Поражения ногтей, связанные с другими заболеваниями кожи
 - 3.7.2.7. Цветные ногти
 - 3.7.2.8. Новообразования ногтей
- 3.8. Дисхромии кожи
 - 3.8.1. Гиперпигментация
 - 3.8.2. Гипопигментация
 - 3.8.2.1. Пityриаз белый
 - 3.8.2.2. Витилиго
- 3.9. Кожные проявления системных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию
- 3.10. Лекарственная токсикодермия, включая синдром Лайелла
- 3.11. Псориаз и другие болезни, проявляющиеся папулезно-сквамозной сыпью
 - 3.11.1. Псориаз
 - 3.11.2. Красный плоский лишай
- 3.12. Наследственные заболевания кожи
 - 3.12.1. Ихтиоз
 - 3.12.2. Нейрофиброматоз (Болезнь Реклингхаузена)
- 3.13. Новообразования
 - 3.13.1. Доброкачественные
 - 3.13.1.1. Гиперпластические
 - 3.13.1.1.1. Бородавки
 - 3.13.1.1.2. Мозоль, включая костную
 - 3.13.1.1.3. Эпидермальная киста
 - 3.13.1.1.4. Ксантелазма
 - 3.13.1.2. Неопластические
 - 3.13.1.2.1. Кератоз себорейный
 - 3.13.1.2.2. Родинка, невус
 - 3.13.1.2.3. Липома
 - 3.13.1.2.4. Дерматофиброма
 - 3.13.1.2.5. Келоид
 - 3.13.1.2.6. Гемангиома
 - 3.13.1.2.7. Нейрофиброма
 - 3.13.1.3. Предрак кожи
 - 3.13.1.3.1. Лейкоплакия
 - 3.13.1.3.2. Кератоакантома
 - 3.13.1.3.3. Эритроплакия
 - 3.13.1.3.4. Болезнь Боуэна
 - 3.13.1.3.5. Солнечный кератоз
 - 3.13.1.4. Рак кожи
 - 3.13.1.4.1. Базалиома
 - 3.13.1.4.2. Плоскоклеточный рак кожи
 - 3.13.1.4.3. Меланома
- 3.14. Косметические проблемы кожи лица и других участков тела
 - 3.14.1. Жирная/сухая кожа
 - 3.14.2. Морщины

- 3.14.3. Увеличенные поры
- 3.14.4. Мириа
- 4. Неотложные состояния
 - 4.1. Синдром Лайелла
 - 4.2. Острая крапивница и отек Квинке
 - 4.3. Токсикодермии
 - 4.4. Опоясывающий лишай
- 5. Диагностика болезней/состояний кожи и ее придатков
 - 5.1. Клиническое обследование (опрос, включая аллергологический и эпиданамнез, физикальный осмотр кожи и ее придатков)
 - 5.2. Методы исследования кожи
 - 5.2.1. Осмотр лампой Вуда
 - 5.2.2. Гратаж
 - 5.2.3. Диаскопия
 - 5.2.4. Биопсия кожи
 - 5.2.4.1. Пункционная
 - 5.2.4.2. Тонким срезом
 - 5.2.5. Лабораторные методы исследований с кожных элементов (пустул, везикул, язв и др.), волос, ногтевых пластинок
 - 5.2.5.1. Микроскопия (бактериоскопия) исследуемого материала
 - 5.2.5.2. Посевы на питательные среды исследуемого материала
 - 5.2.5.3. Серологические (иммунологические) тесты
 - 5.2.5.4. Гистологическое исследование
 - 5.2.6. Кожные тесты для идентификации аллергенов
- 6. Клиническая фармакология основных лекарственных средств для местного применения:
 - 6.1. Противомикробные и противопаразитарные средства
 - 6.2. Глюкокортикоиды
 - 6.3. Смягчающие средства
 - 6.4. Кератолитические средства
 - 6.5. Противовоспалительные
 - 6.6. Противозудные
 - 6.7. Препараты дегтя
 - 6.8. Ретиноиды
 - 6.9. Антисептики
- 7. Консервативные методы лечения
 - 7.1. Диета
 - 7.2. Примочки, мазевые повязки и местные ванны, лаки
 - 7.3. Физиотерапия
 - 7.4. Психотерапия
- 8. Хирургические методы лечения
 - 8.1. Удаление контангиозного моллюска
 - 8.2. Оперативное удаление поверхностно расположенных опухолей мягких тканей (фибром, липом, атером, эпидермальных кист)
 - 8.3. Криодеструкция
- 9. Профилактика кожных болезней в ОВП
 - 9.1. Питание
 - 9.2. Личная гигиена
 - 9.3. Образ жизни
 - 9.4. Профессия
 - 9.5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции и контактных лиц
 - 9.6. Диспансеризация
 - 9.7. Элиминация антигена
- 10. Реабилитация
 - 10.1. ЛФК
 - 10.2. Физиотерапия
 - 10.3. Психотерапия
 - 10.4. Физическая активность
 - 10.5. Санаторно-курортное лечение

11. Паллиативная помощь пациентам со злокачественными заболеваниями кожи
12. Психосоциальные проблемы
 - 12.1. Социальная адаптация
 - 12.2. Изменения в семье, имеющей больного с заболеваниями кожи

Обучающийся должен уметь: применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов с заболеваниями/состояниями кожи и ее придаточного аппарата, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Историей болезни пациента с кожными состояниями/заболеваниями:

Опрос (жалобы, анамнез, включая аллергологический и эпиданамнез)

Физикальный осмотр кожи и ее придатков

Лабораторными исследованиями:

Взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с кожных элементов ((пустул, везикул, язв и др.), волос, ногтевых пластинок
Интерпретация данных микробиологических исследований патогенного материала с кожи, волос, ногтевых пластинок:

Микроскопия (бактериоскопия)

Посев на питательные среды

Диагностические серологические тесты

Понимание данных гистологического исследования

Методами диагностики, процедуры/манипуляции:

Применение наружных лекарственных средств для лечения кожных болезней

Диаскопия

Понимание исследований кожных тестов на аллергены

Стерилизация инструментария, используемого у больных с инфекционными заболеваниями кожи

Утилизация медицинских отходов больных с инфекционными заболеваниями кожи (биологического материала, разового инструментария, шприцов, игл, перчаток)

Оказанием неотложной помощи пациентам с состояниями/заболеваниями кожи:

Синдром Лайелла

Острая крапивница и отек Квинке

Токсикодермии

Опоясывающий лишай

Ведением пациентов после выписки из стационара с заболеваниями кожи

Навыками консультации:

Обучение пациентов личной гигиене кожи

Обучение пациентов дезинфекции обуви при грибковых заболеваниях

Профилактическими рекомендациями пациенту с состояниями/заболеваниями кожи:

Здоровый образ жизни

Назначение физических нагрузок

Питание

Создание гипоаллергенной среды

Консультирование семьи, имеющего больного с острыми и хроническими заболеваниями кожи

Консультирование семьи, имеющего больного злокачественными заболеваниями кожи

Организационной работой в ОВП по ведению пациентов с заболеваниями кожи:

Медицинская экспертиза:

Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности
Проведение клинико-экспертной комиссии (КЭК)
Определение медицинских показаний к трудоустройству

Управление лечебно-диагностическим процессом в ОВП:

Организация маршрута пациента, имеющего заболевания кожи: диагностика, лечебные, оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация

Оказание совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи инвалидам и тяжелым больным с заболеваниями кожи

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Строение кожи.
2. Строение эпидермиса.
3. Строение дермы.
4. Придатки кожи.
5. Функции кожи.
6. Виды, состав и показания для использования водных растворов.
7. Состав и показания для использования лечебных пудр.
8. Состав и показания для использования кремов, мазей и паст.
9. Группы лекарственных препаратов и показания для системного использования.
10. Лечебные факторы физио - и курортотерапии.
11. Дерматиты. Диагностика. Лечение.
12. Токсидермия. Диагностика. Лечение.
13. Себорея. Диагностика. Лечение.
14. Псориаз. Диагностика. Лечение.
15. Поражения кожи при коллагенозах. Диагностика. Лечение.
16. Бактериальные поражения кожи. Диагностика. Лечение.
17. Грибковые поражения кожи. Диагностика. Лечение.
18. Паразитарные заболевания кожи. Диагностика. Лечение.
19. Вирусные поражения кожи. Диагностика. Лечение.
20. Венерические болезни. Диагностика в условиях первичной медицинской помощи.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (перечислить), освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя)

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач: ведущая жалоба, основной клинический синдром, предварительный диагноз, план обследования и лечения
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Атопический дерматит

Атопический дерматит (АД) – воспалительное заболевание кожи, развивающееся на фоне аллергического диатеза, чаще в младенческом возрасте, отличается хроническим рецидивирующим течением, возрастной инволюцией, симметричным поражением, зудящими воспалительными элементами с истинным полиморфизмом. АД может прерваться на любом этапе, но чаще эволюционирует вплоть до 25-30-лет.

Типичный пациент

· в младенчестве преимущественно поражается кожа лица (за исключением области носогубного треугольника), волосистой части головы, рук, а при диссеминированном поражении – наружные поверхности конечностей и ягодич; объективно преобладают папуловезикулезные высыпания с выраженным экссудативным компонентом, субъективно – мучительный зуд (расчесы)

· в раннем детском и школьном возрасте экссудативные проявления постепенно сменяются лихеноидными: постепенное утолщение и усиление кожного рисунка, кожа становится сухой, отмечаются эрозии, экскориации, геморрагические корочки, болезненные трещины на ладонях, пальцах и подошвах; выраженное мелкопластинчатое и отрубевидное шелушение; характерно поражение в области сгибательных поверхностей конечностей, шеи, локтевых и подколенных ямках, тыльной стороне кистей; к 15-20 годам наблюдается множество экскориаций и геморрагических корочек, локализующихся на лице (периорбитальная,

периоральная области), шее (в виде «декольте»), локтевых сгибах, вокруг запястий и на тыльной поверхности кистей; субъективно: зуд, нарушения сна;

· старше 20 лет: складчатая лихенификация, повышенная сухость кистей, лица, шеи; возможны островоспалительные элементы в период обострения; субъективно – симптомы сухости кожи.

Факторы риска

- генетическая предрасположенность;
- аэроаллергены, распыленные в воздухе, в том числе – микроклеши домашней пыли, пыльца, перхоть животных;
- внутриутробные инфекции;
- пищевая аллергия у детей раннего возраста;
- нарушения регулирующей функции центральной нервной и вегетативной систем;
- Индикаторы серьезного заболевания:
- распространенный процесс поражения кожи;
- наличие признаков вторичной инфекции;
- респираторные проявления атопии;
- выраженное экссудативное воспаление кожи у пациентов старше 20 лет;
- Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации:
- психоземональные нарушения, вызывающие экссудативное воспаление либо зуд кожи;
- пассивное курение, приводящие к усилению кожного зуда;
- производственные факторы;
- неправильный уход за кожей;

Ведение больного

Диагностика

Абсолютные (обязательные или большие) критерии:

- зуд кожных покровов;
- типичная морфология и локализация высыпаний в соответствии с возрастом;
- хроническое рецидивирующее течение с обострениями весной и осенью.

Неабсолютные (дополнительные) критерии:

· Первая группа: наличие в анамнезе атопии; реакции немедленного типа при проведении кожных тестов; белый дермографизм, феномен замедленного побледнения на холинергические агенты; передняя субкапсулярная катаракта.

· Вторая группа: ихтиоз ладоней; белый питириаз; волосяной кератоз; бледность лица и темное окрашивание верхних век; углубленные морщинки на нижних веках у детей; увеличение уровня IgE в сыворотке крови; кератоконус; неспецифический дерматит кистей; частые кожные инфекции.

Для постановки диагноза АД необходимо помимо абсолютных признаков, наличие двух или более признаков из первой группы неабсолютных признаков или четырех и более – из второй.

Возможные осложнения АД

- вторичная пиодермия (чаще золотистый стафилококк);
- герпетическая экзема Капоши (чаще вирус простого герпеса);
- микотическая инфекция (*Trichophyton rubrum*, у детей – *Candida*);
- респираторные проявления атопии («аллергический марш»).

Лечение

Первичная профилактика сенсibilизации пациентов (элиминационные режимы)

Пациентов предупреждают о необходимости соблюдения профилактических мер, исключающих воздействие аэроаллергенов, психических раздражителей, а также соблюдении профилактической диеты в случае установленного аллергена (эмпирически или на основании аллергологического теста).

При выборе одежды для больных АД необходимо учитывать не качество ткани, из которой изготовлена одежда, а ее выделка (ткань должна быть мягкой, не раздражающей кожу).

Отказ больными АД от применения любых моющих средств (в том числе – содержащих и не содержащих ферментные добавки) на выраженность симптомов заболевания не влияет.

Купирование обострения заболевания

При обострении АД - антигистаминные препараты, преимущественно 2-ого поколения:

- цетиризина дигидрохлорид – лицам старше 12 лет назначается по 1 таб. 1 р/сутки 10-14 дней; в возрасте от 6 до 12 лет – по 1 таб. 1 р/сутки или по ½ таб. 2 р/сутки 10-14 дней;
- лоратадин – лицам старше 12 лет назначается по 1 таб. 1 р/сутки 10-14 дней; детям от 2 до 12 лет назначаются по ½ таб. 1 р/сутки 10-14 дней.

При повышенной возбудимости, нарушениях сна и профессии, не связанной с повышенным вниманием, возможно использование антигистаминных препаратов 1-ого поколения:

- клемастин – лицам старше 7 лет по ½-1 таб. 2 раза/сутки 10-14 дней; внутримышечно – по 2 мл 2 р/сутки 10-14 дней;
- хлоропирамин – по 1 таб. 3-4 р/сутки во время еды 10-14 дней; внутримышечно по 1-2 мл (2% р-р) 2-3 р/сутки 10-14 дней.
- дифенгидрамин – взрослым назначается по 0,03-0,05 г 1-3 р/сутки 10-14 дней; внутримышечно 1-5 мл (1% р-р); детям до 1 года – по 0,002-0,005 г, от 2 до 5 лет – по 0,005-0,015 г, от 6 до 12 лет – по 0,015-0,03 г на прием 1-3 р/сутки 10-15 дней;

Наружную терапию проводят с использованием одного из препаратов кортикостероидов 10-14 дней (при остром воспалении - лосьоны и кремы; при хроническом – кремы, мази):

- гидрокортизона бутират 0,1%, мазь;
- мометазона фуроат 0,1%, крем, лосьон, мазь;
- метилпреднизолон ацепонат 0,1%, крем, мазь, жирная мазь, эмульсия;
- бетаметазона валериат 0,1%, крем, мазь;
- бетаметазона дипропионат 0,025-0,05%, крем, мазь;

Возможно назначение короткого курса (3-5 дней) топических кортикостероидов высокой активности с последующим переходом на использование топических кортикостероидов низкой или средней активности:

- клобетазола пропионат 0,05 % (крем, мазь), 3-5 дней;
- гидрокортизон 0,1-1,0% (крем, мазь), 7-10 дней, либо
- гидрокортизона бутират 0,1%, мазь;

Короткие курсы лечения топическими кортикостероидами (10-14 дн.) следует чередовать с назначением курсов индифферентных мазей (5-7 дн.) с целью профилактики тахифилаксии.

При уменьшении островоспалительных явлений используют противозудные и смягчающие кожу средства.

Контроль за состоянием аллергического воспаления (базисная терапия)

В качестве базисной терапии используются мембраностабилизаторы, например, кетотифен – по ½-1 таблетке (0,5-1 мг) 2 р/сутки до 3-6 месяцев.

Обучение больного

По возможности пациенты, страдающие АД, и их родственники должны пройти курс обучения в аллергошколе, где получают основные представления о правильном уходе за кожей, правилах гигиенических мероприятий, в особенности при наличии бытовой и эпидермальной сенсibilизации, мерам профилактики обострений.

Немедикаментозная терапия

Ногти у больного должны быть коротко острижены, чтобы минимизировать вероятность расчесывания и вторичного инфицирования. С целью уменьшения сухости кожи рекомендуется снижать температуру помещения и повышать влажность воздуха. Не рекомендуется часто принимать ванну. После душа кожу следует, не растирая, слегка промокнуть полотенцем с последующим нанесением смягчающего крема или лосьона, пока кожа еще не высохла.

Критерии эффективности проводимой терапии

Проводимая терапия должна приводить к уменьшению выраженности зуда и отечности при кожных проявлениях, способствовать разрешению высыпаний на коже, уменьшению или исчезновению зуда, нормализации сна.

Показания к консультации врача-дерматовенеролога

Тяжелое течение АД (площадь поражения кожи более 30%); присоединение вторичной инфекции; стероидофобия; отсутствие эффекта от проводимого вмешательства в течение 5-7 дней.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Женщина, 65 лет, русская, пенсионерка, в прошлом маляр. Больная предъявляет жалобы на покраснение кожи ладоней и тыльной поверхности стоп, высыпания на этих же участках, сопровождающиеся интенсивным зудом; припухлость кистей; сочащиеся ранки; огрубение и утолщение кожи в области кистевых суставов.

Считает себя больной в течение 10 лет, когда весной 1987 года впервые появились кожные высыпания на кистях. Больную также беспокоил выраженный зуд, припухлость в зоне поражения. Пациентка ни с чем не связывает начало заболевания. Обратилась в дерматовенерологический диспансер, куда была госпитализирована. Лечение димедролом в таблетках, смазываниями синькой, охлаждающей мазью и, возможно, другими средствами. Лечение продолжалось около месяца, и пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии; спала краснота, сыпь, зуд. Затем, со слов больной, в течение 10 лет не было никаких кожных высыпаний. Месяц назад вновь появились умеренные высыпания на коже кистей, сопровождающиеся незначительным зудом и отёком. За медицинской помощью пациентка не обратилась. Все явления прошли

самопроизвольно в течение месяца. Неделю назад появились единичные высыпания в центральной части ладоней, которые пациентка прокалывала. В течение недели ладони покраснели, отекли, сыпь стала более выраженной, появился зуд, мокнутие. Сегодня решила обратиться к семейному врачу

Локальный статус. В патологический процесс вовлечена кожа ладонных и тыльных поверхностей кистей, дистальных отделов предплечья и тыльных поверхностей стоп с обеих сторон симметрично. На фоне резко ограниченной гиперемии и отечности определяются очаги поражения с плотными многокамерными пузырями с серозным содержимым, округлыми плотными лентикулярными папулами, многочисленными точечными эрозиями с участками обильного мокнутия. По периферии очагов располагаются плоские серозные корочки. В области ладонной поверхности лучезапястного сустава кожа лихенифицирована.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Назначьте лечение и укажите сроки наступления эффекта.
3. Напомните пациентке о факторах, которые привели к обострению ее болезни.

Задача 2.

Пациентка В., 17 лет. Учащаяся ПТУ. Родом из деревни. С подругой снимает комнату в частном неблагоустроенном доме. Родители пенсионеры. Обратилась с жалобами на наличие фурункула в правой подмышечной области. Боли при движении в пораженной области, ощущение жжения, инородного тела. В марте 2002г. возник фурункул на левой молочной железе (29.03.2002 - оперативное вмешательство). Через 2 недели вновь появились два фурункула на передней брюшной стенке (антибиотикотерапия). Беспокоят также потливость рук, ног, жжение подошв.

Анамнез жизни.

Ветряная оспа дважды (3 и 5 лет). В 5 лет - пневмония. В 7 лет произведена тонзиллэктомия (из-за частых тонзиллитов), а в 8 лет - аденотомия. Близорукость средней степени. 2-3 раза в год бывают носовые кровотечения (без причины). Месячные - с 11 лет, регулярные, обильные, болезненные.

Семейный анамнез. Мать страдает ревматизмом. У отца - кровоточащий геморрой. У деда (по отцу) - тромбоз вен. Бабушка (по отцу) страдает артериальной гипертензией. *Объективно:* среднего роста, темноволосая. В области правого виска - фурункул 0,5см в диаметре. Высыпания гнойничкового характера на лбу, спине и груди. В правой подмышечной области - фурункул 1,5см в диаметре, округлой формы, кожа вокруг гиперемирована, болезненна при пальпации. В области левой молочной железы и на передней брюшной стенке слева - пигментированные рубцы.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Дайте пациенту рекомендации по профилактике ее заболевания.

Задача 3.

Больная Ж., 40 лет, обратилась с жалобами на наличие обширного очага поражения, занимающего всю левую половину лица с переходом на кожу волосистой части головы, обильное гнойное отделяемое в очаге, выраженную болезненность, зуд, повышение температуры тела, слабость, головные боли.

Считает себя больной в течение одной недели. Свое заболевание связывает с переохлаждением. Одну неделю назад у больной начали отмечаться сильные головные боли, боли вокруг левого глаза, слезотечение, по поводу чего больная принимала таблетки анальгина и цитрамона, но эффекта не было.

Живет в удовлетворительных бытовых условиях. Замужем, имеет одного ребенка. Перенесенные заболевания: сифилис, хронический гепатит. Больная отметила значительную потерю массы тела: за последние 2 года похудела на 15кг. Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем.

Общее состояние больной средней тяжести. Температура тела 38,7°C. Телосложение астеническое. Кожные покровы дряблые, влажные, тургор кожи снижен. Затылочные, шейные и подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 12см, подвижные, болезненные при пальпации. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Пульс 98 уд. в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, густо обложен бело-желтым налетом. При осмотре отмечается значительное увеличение живота. Печень +4,0 +4,5см, болезненная при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Дермографизм розовый.

Локально: Кожно-патологический процесс носит островоспалительный, односторонний характер и локализуется на коже левой половины лица, захватывая кожу спинки и крыльев носа с переходом на лобную и теменную области волосистой части головы. Лицо асимметрично за счет выраженного отека левой половины. Проявления заболевания представляют собой сплошной очаг поражения без четких границ, занимающий полностью левую половину лица и волосистую часть головы. Кожа лица резко отечна, инфильтрирована, гиперемирована. Надбровные дуги утолщены, отечны, резко нависают над верхним веком, покрыты массивными плотными серозно-гнойными корками, при снятии которых обнажается кровоточащая

поверхность. Левая глазная щель сомкнута из-за выраженного отека, имеется обильное серозно-кровянистое отделяемое. На коже левой половины лица и лобной области имеются множественные очаги, сливающиеся с образованием сплошной эрозированной поверхности, покрытой плотными гнойно-геморрагическими корками. Волосы на волосистой части головы склеены в пучки зловонным гнойно-серозным отделяемым. Имеются множественные мелкоочаговые некротические участки, покрытые черным струпом. Субъективно: резкая болезненность, зуд, жжение.

При обследовании:

В общем анализе крови: Нв 104г/л, Эр. $3,5 \times 10^{12}/л$, ЦП=0,9, П $5,7 \times 10^9/л$, п/я 2%, с/я 61%, э- 1%, лимф.32%, мон.4%, СОЭ 30 мм/ч (от 4.08.03)

В общем анализе мочи: белка нет, эпителий 2-3, р 1-0. В общем анализе кала: без патологии.

В биохимическом анализе крови: мочевины 1,3 ммоль/л, креатинин 57,0 мкмоль/л, общий билирубин 11,2 ммоль/л (связанный 2,0, несвязанный 10,0), АлАТ 10U/L, АсАТ 12U/L, глюкоза 4,0 ммоль/л.

При исследовании сыворотки крови в ИФА на ВИЧ-инфекцию двукратно был получен резко положительный результат с высокими значениями оптической плотности-2,873 (при норме - 0,238). RW-отрицательная.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Назначьте лечение.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы ординаторов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Строение кожи.
 2. Строение эпидермиса.
 3. Строение дермы.
 4. Придатки кожи.
 5. Функции кожи.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:
 001. Укажите возможные причины простых дерматитов:
 - а) трение, давление;
 - б) лучевые факторы;
 - в) прием внутрь лекарств;
 - г) высокие и низкие температуры;
 - д) химические вещества.
 002. Укажите медикаменты наружного применения, которые могут вызывать дерматиты:
 - а) ртуть;
 - б) настойка йода;
 - в) серная мазь 33%-ная;
 - г) горчичники.
 003. Укажите основные клинические признаки простого дерматита:
 - а) четкие границы;
 - б) нечеткие границы;
 - в) выраженная клиническая стадийность поражения;
 - г) жалобы на боль и жжение в области пораженной кожи.
 004. Аллергические дерматиты часто вызывают все нижеперечисленные медикаменты наружного применения, кроме:
 - а) мази с антибиотиками;
 - б) перекиси водорода;
 - в) клеола;
 - г) настойки йода.
 005. Укажите главные патогенетические особенности аллергических дерматитов:
 - а) развиваются путем контактной сенсибилизации как реакция замедленного типа;
 - б) аллерген попадает в кожу гематогенно;
 - в) аллерген попадает в кожу извне;
 - г) сыпь распространяется по всему телу;

- д) характеризуются локальной воспалительной реакцией в месте контакта с аллергеном.
006. Перечислите условия, необходимые для развития ознобления кожи:
- а) низкие температуры;
 - б) высокая влажность воздуха;
 - в) недостаточное кровоснабжение кожи;
 - г) наличие сенсибилизации к химическим веществам;
 - д) гиповитаминоз.
007. Укажите главные клинические признаки аллергических дерматитов:
- а) границы поражения нечеткие;
 - б) границы поражения четкие;
 - в) беспокоит сильный зуд пораженной кожи;
 - г) зуд незначительный, преобладают боль и жжение;
 - д) в месте контакта с раздражителем возникают эритема, отек, пузырьки.
008. Укажите положения, справедливые в отношении профессиональной экземы и профессионального аллергического дерматита:
- а) принципиальных различий между этими заболеваниями нет;
 - б) профессиональная экзема, как правило, начинается с профессионального аллергического дерматита;
 - в) для аллергического дерматита характерна поливалентная сенсибилизация;
 - г) у больного экземой имеется повышенная чувствительность к эмоционально - психическим перегрузкам.
009. Что из перечисленного характерно для симуляционных дерматитов (патомимий)?
- а) противоречивость анамнестических данных;
 - б) клиника простого дерматита;
 - в) локализация поражения в местах, доступных рукам больного;
 - г) наличие в местах поражений множества микровезикул.
010. Укажите типичные клинические признаки синдрома Лайелла:
- а) отсутствие температуры;
 - б) высокая температура, тяжелое общее состояние;
 - в) эритематозно-буллезная сыпь, геморрагии;
 - г) болезненность кожи при потирании, сползание эпидермиса;
 - д) высокая эозинофилия в крови.
011. Что из перечисленного рационально использовать в терапии больных токсидермией при нормальной температуре и хорошем самочувствии?
- а) антигистаминные препараты;
 - б) препараты донорской крови;
 - в) препараты кальция;
 - г) энтеросорбенты;
 - д) глюкокортикоидные гормоны.
012. Укажите основные клинические признаки экземы в острой стадии :
- а) эритема;
 - б) лихенизация;
 - в) микровезикулы;
 - г) микроэрозии;
 - д) мокнутие в виде капель росы.
013. Укажите основные клинические признаки хронической экземы:
- а) венозная гиперемия;
 - б) яркая гиперемия, отек;
 - в) инфильтрация, лихенизация;
 - г) шелушение;
 - д) микроэрозии, корочки.
014. Что из перечисленного относительно атопического нейродермита является верным?
- а) сезонность течения с летними ремиссиями или улучшениями;
 - б) интенсивный кожный зуд и характерная локализация поражений кожи - сгибательная поверхность конечностей, задняя поверхность шеи;
 - в) поражение кожи лица во всех фазах заболевания;
 - г) увеличение в период обострений содержания IgE в периферической крови;
 - д) наличие заболеваний «атопического круга» у родственников больных.

015. Какие мероприятия применяются для предупреждения рецидивов и тяжелого осложненного течения атопического нейродермита?
- а) профессиональная ориентация;
 - б) элиминационная диета;
 - в) санация очагов инфекции;
 - г) длительные профилактические курсы антигистаминных препаратов;
 - г) курсы ультрафиолетового облучения.
016. Для предупреждения возникновения атопического нейродермита у угрожаемого контингента целесообразно:
- а) целенаправленное наблюдение за беременными, имеющими в личном или семейном анамнезе атопические заболевания;
 - б) элиминационная диета во время беременности;
 - в) строгая диета во время лактации;
 - г) прием антигистаминных препаратов во время беременности;
 - д) тщательное соблюдение гигиены кожи ребенка;
 - е) максимально раннее введение прикормов.
017. Что из перечисленного может использоваться в терапии нейродермита?
- а) цитостатики;
 - б) седативные препараты;
 - в) кортикостероиды внутрь и в виде мазей;
 - г) пасты и мази с дегтем и серой;
 - д) противозудные средства.
018. У пациента на слизистой щеки по линии смыкания зубов выявляются мелкие, с булавочную головку, плоские, многоугольные узелки серовато-белого цвета, формирующие мелкопетлистую сеточку. Перечисленные признаки поражения слизистой соответствуют
- а) красному плоскому лишая;
 - б) псориазу;
 - в) вторичному периоду сифилиса;
 - г) афтозному стоматиту;
 - д) кандидозу слизистой полости рта.
019. При лечении красного плоского лишая используются:
- а) цитостатики;
 - б) седативные препараты;
 - в) антигистаминные препараты;
 - г) глюкокортикоиды;
 - д) противогрибковые препараты.
020. Укажите клинический симптом, который может встречаться у больных с витилиго:
- а) гипостезия;
 - б) эритема;
 - в) шелушение;
 - г) гипо- или депигментация;
 - д) инфильтрация.
021. При витилиго могут поражаться любые участки кожи:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
022. Витилиго обычно не встречается у новорожденных, но может затем развиваться в любой период жизни:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
023. Витилиго неуклонно прогрессирует, вплоть до вовлечения в процесс кожи всего тела
- а) правильно;
 - б) неправильно.
024. У пациента обнаруживаются врожденные депигментированные пятна, которые в дальнейшем не увеличивались. О каком заболевании следует думать в первую очередь?
- а) витилиго;
 - б) частичный альбинизм;
 - в) вторичная лейкодерма.
025. При витилиго используются:
- а) псорален внутрь;

- б) псорален местно;
 - в) ультрафиолетовое облучение;
 - г) цитостатики;
 - д) гормональные мази.
026. Перечислите клинические признаки, характерные для себорейного дерматита:
- а) выраженный зуд;
 - б) эритемато-сквамозные очаги поражения;
 - в) четкие границы очагов;
 - г) нечеткие границы очагов;
 - д) локализация высыпаний в «себорейных местах».
027. Для себорейного дерматита типичны следующие локализации высыпаний:
- а) лоб;
 - б) область бровей;
 - в) носогубные складки;
 - г) верхняя часть груди;
 - д) межлопаточная область.
028. При лечении себорейного дерматита используются следующие мероприятия:
- а) очищение кожи;
 - б) массаж с использованием жиросодержащих веществ;
 - в) местное применение серосодержащих веществ;
 - г) местное использование спиртовых растворов;
 - д) местное применение антибактериальных средств.
029. Изменение функции сальных желез лежит в основе следующих заболеваний:
- а) вульгарные угри;
 - б) розовые угри;
 - в) пеллагра;
 - г) себорейный дерматит;
 - д) акне детского возраста.
030. Наиболее частый возраст появления вульгарных угрей:
- а) дошкольный;
 - б) школьный;
 - в) постпубертатный;
 - г) средний;
 - д) пожилой.
031. Перечислите факторы, способствующие возникновению акне:
- а) избыточная секреция сальных желез;
 - б) бактериальная инфекция;
 - в) изменения гормонального фона;
 - г) эмоциональное напряжение.
032. Вульгарные угри проходят самопроизвольно после достижения возраста:
- а) 25 лет;
 - б) 15 лет;
 - в) 35 лет;
 - г) 45 лет;
 - д) 55 лет.
033. Вульгарные угри могут появляться:
- а) на щеках;
 - б) на лбу;
 - в) на подбородке;
 - г) на плечах;
 - д) на верхней части груди.
034. Усиленное выпадение волос может быть:
- а) при системной красной волчанке;
 - б) при лечении цитостатиками;
 - г) при нервном перенапряжении;
 - д) при сидеропеническом синдроме.
035. У 25-летнего мужчины появились субъективно не беспокоящие очаги выпадения волос неправильной формы на волосистой части головы. Кожа в пределах очагов представляется совершенно нормальной. Какие

два заболевания могут вызывать данную картину?

- а) дерматофития головы;
- б) гнездная плешивость;
- в) очаговая склеродермия;
- г) вторичный сифилис.

036. Для очаговой алопеции характерно обнаружение волос в виде «восклицательных знаков»:

- а) правильно;
- б) неправильно.

037. В большинстве случаев в очагах алопеции волосы восстанавливаются самопроизвольно в течение 3 месяцев:

- а) правильно;
- б) неправильно.

038. Для лечения очаговой алопеции используются следующие лечебные средства:

- а) введение глюкокортикоидов непосредственно в очаги поражения;
- б) системное применение глюкокортикоидов;
- в) циклофосфамид;
- г) рентгенотерапия.

039. Алопеция может быть проявлением следующих заболеваний:

- а) гнездной плешивости;
- б) сифилиса;
- в) псориаза.

040. К врачу обратился мужчина, 65 лет, по поводу бляшки на лице. При осмотре: в левой височной области бляшка округлой формы около 1см в диаметре с сероватой плотной коркой. При удалении корки обнажилось слегка кровоточащее уплотненное основание. Образование развивалось медленно, в течение многих лет. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) базалиома;
- б) болезнь Боуэда;
- в) старческая кератома;
- г) себорейная бородавка;
- д) папиллома.

041. К врачу обратился мужчина, 70 лет. При осмотре: на тыле кистей обнаружены плотные сухие узелки буровато-серого цвета, покрытые чешуйками, при удалении которых обнажается бородавчатая поверхность. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) вульгарная бородавка;
- б) болезнь Боуэна;
- в) старческая кератома;
- г) кожный рог;
- д) кератопапиллома.

042. У женщины, 72 лет, на лице, шее, верхних конечностях обнаружены множественные очаги ограниченного гиперкератоза, плотные бляшки диаметром 1-1,5см, округлой формы, покрытые плотно сидящими серыми корками. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) себорейная бородавка;
- б) болезнь Боуэна;
- в) старческая кератома;
- г) диссеминированная красная волчанка;
- д) множественные папилломы.

043. Перечислите клинические признаки базалиомы:

- а) плотные белесоватые узелки;
- б) изъязвление под периодически отпадающей корочкой;
- в) валикообразный край бляшки, образованной слиянием телков;
- г) бородавчатые разрастания на поверхности;
- д) метастазирование в кости.

044. Чаще всего базалиомы локализуются на лице:

- а) правильно;
- б) неправильно.

045. К врачу обратился мужчина, 53 лет. При осмотре: в области внутреннего угла глаза слева имеется розоватое пятно овальной формы с плотным, приподнятым, валикообразным краем по периферии, в центре незначительное западение. Болен около 3 лет. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) кератоакантома;
- б) болезнь Боуэна;
- в) красная волчанка;
- г) базалиома поверхностная;
- д) себорейный кератоз.

046. У женщины, 60 лет, в левой надбровной области врач обнаружил плотную белесоватую бляшку с несколько приподнятыми краями и телеангиэктазиями в ее центральной части. Давность болезни - около 4 лет. Наблюдается медленный рост по периферии. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) ограниченная склеродермия;
- б) болезнь Боуэна;
- в) склероатрофический лишай;
- г) базалиома;
- д) атрофия Пазини – Пьерини.

047. Укажите клинические признаки, позволяющие предположить плоскоклеточный рак кожи:

- а) увеличивающаяся в размерах незаживающая язва;
- б) разрастания по типу «цветной капусты»;
- в) плоские пигментированные высыпания;
- г) множественные опухоли.

048. Плоскоклеточный рак может возникать на любом участке кожного покрова:

- а) правильно;
- б) неправильно.

049. Перечислите клинические признаки, характерные для меланомы:

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

050. При меланоме характерно поражение:

- а) лица;
- б) шеи;
- в) туловища;
- г) подошв;
- д) области ногтевого ложа.

051. У женщины, 40 лет, на коже спины врач обнаружил бляшку неправильной формы, темно-бурого цвета с бугристой поверхностью, размером 1,5х2 см. Бляшке предшествовало «родимое пятно». Рост образования большая связывает с механическим воздействием веником в бане. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) пигментная гранулема;
- б) ангиофиброма;
- в) гистиоцитома;
- г) меланома;
- д) себорейная кератома.

052. К врачу обратилась женщина, 68 лет, в связи с быстро увеличивающейся «родинкой» на шее. При осмотре: имеет место узловатое образование с плотно-бугристой поверхностью, по периферии имеются мелкие узелки-отсевы. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) пигментированный папилломатозный порок развития;
- б) пигментированная базалиома;
- в) сириngoма;
- г) меланома;
- д) болезнь Боуэна.

053. Укажите две наиболее частые локализации карбункула:

- а) нижней отдел живота;
- б) задняя поверхность шеи;
- в) внутренняя поверхность бедер;
- г) область поясницы;
- д) переднебоковая поверхность голени.

054. При постановке пациенту диагноза «карбункул» необходимо:

- а) назначить амбулаторно антибиотики широкого спектра;
- б) госпитализировать больного в хирургический стационар для проведения оперативного лечения;

- в) назначить амбулаторно местную антибактериальную терапию.
055. К классическим признакам гидроаденита относятся:
- а) появление воспалительных узлов;
 - б) зуд;
 - в) боль;
 - г) локализация в подмышечной области;
 - д) увеличение молочной железы.
056. Для лечения гидроаденита применяются:
- а) антибиотики;
 - б) противотуберкулезные препараты;
 - в) глюкокортикоиды;
 - г) широкое хирургическое иссечение.
057. Перечислите основные клинические формы стрептококковых поражений кожи
- а) импетиго стрептококковое;
 - б) стрептококковая опрелость;
 - в) хроническая диффузная стрептодермия;
 - г) эктима;
 - д) рожистое воспаление;
 - е) карбункул.
058. Что из перечисленного применяется для лечения бородавок?
- а) наружное применение кератолитических препаратов;
 - б) втирание в кожу противовирусных мазей;
 - в) электротермокоагуляция;
 - г) криодеструкция.
059. Женщина, 48 лет, жалуется на болезненность кожи левой пятки, особенно при ходьбе. Больная сравнивает свои ощущения с «гвоздем в сапоге». При осмотре: в центре пяточной области имеется выраженный гиперкератоз округлой формы диаметром около 3см, в центре имеется западение, определяется своеобразный «стержень», уходящий в глубину кожи. О каком заболевании следует думать в первую очередь?
- а) остроконечная кондилома;
 - б) вульгарная бородавка;
 - в) омпозелелость;
 - г) плоская бородавка;
 - д) подошвенная бородавка.
060. К развитию диссеминированных бородавок предрасполагает
- а) злокачественная лимфома;
 - б) прием кортикостероидов;
 - в) хирургические операции;
 - г) ВИЧ-инфекция;
 - д) сахарный диабет.
061. Женщина, 40 лет, жалуется на интенсивные боли в области поясницы, крестца, правой ягодицы, иррадиирующие в правое бедро. Больной поставлен диагноз «пояснично-крестцовый радикулит». На следующий день больная повторно обратилась к врачу, так как обнаружила у себя какие-то кожные высыпания. При осмотре: имеются ярко-розовые отечные пятна и сгруппированные везикулы, располагающиеся полосовидно от крестца до средней трети бедра. О каком заболевании следует думать в первую очередь?
- а) аллергический дерматит;
 - б) простой пузырьковый лишай;
 - в) острая экзема;
 - г) опоясывающий лишай;
 - д) стрептодермия.
062. Что из перечисленного относительно опоясывающего лишая является верным?
- а) больные контагиозны, особенно для детей;
 - б) вирус опоясывающего лишая идентичен вирусу ветряной оспы;
 - в) заболевание представляет угрозу для жизни больного;
 - г) при рецидивирующем опоясывающем лишае обязательно исследование на ВИЧ-инфекцию.
063. Перечислите классические клинические черты опоясывающего лишая:
- а) асимптомные высыпания;
 - б) лихорадка;
 - в) болезненность в местах высыпаний;

- г) сгруппированные сливающиеся везикулы;
 - д) сегментарное расположение высыпаний.
064. Появление опоясывающего лишая может быть спровоцировано:
- а) назначением кортикостероидов;
 - б) применением цитостатиков;
 - в) назначением гамма-глобулина;
 - г) злокачественными новообразованиями;
 - д) злокачественной гипертензией.
065. Рецидивирующий опоясывающий лишай у мужчин молодого и среднего возраста является СПИД-индикаторным заболеванием:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
066. Укажите возможные осложнения опоясывающего лишая:
- а) невралгические боли;
 - б) вирусный энцефалит;
 - в) тремор;
 - г) келоидные рубцы;
 - д) парестезии.
067. Постгерпетические невралгии чаще встречаются:
- а) у детей ясельного возраста;
 - б) у детей дошкольного возраста;
 - в) у школьников;
 - г) у взрослых.
068. Для лечения постгерпетической невралгии применяются:
- а) анальгетики;
 - б) нестероидные противовоспалительные препараты;
 - в) паравертебральные блокады;
 - г) иммунодепрессанты;
 - д) чрескожная электростимуляция.
069. Укажите клинические черты простого лишая:
- а) чувство жжения в местах высыпаний;
 - б) сгруппированные везикулы с ободком гиперемии;
 - в) поверхностные полициклические эрозии;
 - г) гепатоспленомегалия;
 - д) рецидивирование высыпаний.
070. Язвенные поражения в аногенитальной области, вызываемые вирусами простого лишая и существующие 3 и более месяцев, являются СПИД-индикаторным заболеванием:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
071. Укажите средства для местной терапии простого лишая:
- а) ацикловир;
 - б) кортикостероидные мази, кремы;
 - в) хелепин;
 - г) эфир;
 - д) флореналь.
072. Системное назначение ацикловира целесообразно:
- а) при описываемом лишае;
 - б) при гепатите В;
 - в) при генерализованных формах простого лишая;
 - г) при ветряной оспе;
 - д) при инфекционном мононуклеозе.
073. К характерной локализации пролежней относится:
- а) область крестца;
 - б) область живота;
 - в) область большого вертела;
 - г) пятки;
 - д) область шеи.
074. Мерами профилактики пролежней являются:

- а) борьба с белковой недостаточностью;
 - б) поворачивание больного в постели и растирание кожи в зоне возможных пролежней камфорным спиртом;
 - в) использование резинового круга;
 - г) прибинтовывание мягких ватных колечек к участкам, где имеется угроза пролежней;
 - д) прикладывание пузырей со льдом к зонам возможного развития пролежней.
075. До развития некротических изменений при лечении пролежней применяется:
- а) иссечение измененной кожи;
 - б) обработка кожи раствором КМпО₄, бриллиантовым зеленым;
 - в) растирание кожи вне зоны гиперемии камфорным спиртом;
 - г) наложение повязки с мазью Вишневского.
076. В фазу гангренозных изменений при лечении пролежней проводится:
- а) рассечение кожи;
 - б) некрэктомия;
 - в) промывание раствором перекиси водорода и перманганата калия;
 - г) наложение повязок с гипертоническим раствором, левосином;
 - д) наложение повязок с синтомициновой эмульсией на зоны грануляции;
 - е) переливание больному белковых препаратов, витаминотерапия.
077. Пролежни могут осложняться сепсисом:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
078. Перечислите предрасполагающие факторы для развития кандидоза:
- а) сахарный диабет;
 - б) ингаляции глюкокортикоидов;
 - в) прием тетрациклина;
 - г) использование иммунодепрессантов;
 - д) беременность.
079. Для заживления пролежней всегда требуется пересадка кожи:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
080. Трофические язвы чаще всего локализуются:
- а) на голенях, стопах;
 - б) на бедрах;
 - в) на кистях;
 - г) на брюшной стенке;
 - д) на спине.
081. Наиболее частой причиной развития трофических язв голени является:
- а) варикозное расширение вен;
 - б) диабетическая ангиопатия;
 - в) облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.
082. Трофические язвы, возникшие на почве хронического нарушения артериального кровообращения нижних конечностей, локализуются преимущественно:
- а) на пальцах стоп;
 - б) в области лодыжек;
 - в) в области голени.
083. Для посттромбофлебитического синдрома характерно развитие трофических язв на нижних конечностях
- а) правильно;
 - б) неправильно.
084. К основным принципам лечения трофических язв относятся:
- а) воздействие на основное заболевание, приводящее к развитию трофических язв;
 - б) местное лечение язвы;
 - в) улучшение микроциркуляции;
 - г) усиление анаболических процессов.
085. При лечении трофических язв на почве варикозного расширения вен нижних конечностей обязательным является бинтование эластическим бинтом:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
086. В фазе гидратации и некроза на трофические язвы накладывают повязки:

- а) с гипертоническим раствором;
 - б) с протеолитическими ферментами;
 - в) с водорастворимой мазью типа «Левосин»;
 - г) с коллагеном;
 - д) с метилурациловой мазью.
087. В фазе эпителизации на трофические язвы накладывают повязки:
- а) с гипертоническим раствором;
 - б) с солкосерилом;
 - в) с метилурациловой мазью;
 - г) с настойкой йода;
 - д) со спиртом.
088. Укажите наиболее типичные клинические признаки сквамозно-гиперкератотической формы микоза стоп:
- а) гиперкератоз диффузный;
 - б) усиление кожного рисунка;
 - в) отрубевидное шелушение;
 - г) трещины;
 - д) пузырьки («саговые зерна»).
089. Перечислите фунгицидные препараты, используемые в местной терапии микозов:
- а) настойка йода;
 - б) деготь березовый;
 - в) ундециленовая кислота;
 - г) салициловая кислота;
 - д) борная кислота.
090. Перечислите основные клинические признаки интертригинозной формы микоза стоп:
- а) мацерация;
 - б) отслойка рога;
 - в) трещины;
 - г) отечность;
 - д) гиперемия.
091. Перечислите показания для системного назначения противогрибковых средств:
- а) микоз волосистой части головы;
 - б) микоз паразитарный;
 - в) распространенный микоз гладкой кожи;
 - г) микоз стоп;
 - д) микоз крупных складок.
092. Дерматофитами могут поражаться:
- а) легкие;
 - б) желудочно-кишечный тракт;
 - в) кожа;
 - г) ногти;
 - д) волосы.
093. Люди могут заражаться дерматофитами:
- а) от других людей;
 - б) от москитов;
 - в) от кошек;
 - г) от собак.
094. К развитию дерматофитий предрасполагают:
- а) жаркий климат;
 - б) сухая погода;
 - в) повышенная влажность;
 - г) лечение кортикостероидами и иммуносупрессантами;
 - д) обезжиривание кожи при частом мытье.
095. Микоз волосистой части головы клинически можно подозревать:
- а) при локализованном участке алопеции с нормальной кожей;
 - б) при локализованном участке алопеции с сухими чешуйками и отдельными обломанными волосами;
 - в) при локализованном участке алопеции с рубцами на коже;
 - г) при легком удалении волос при их потягивании в области очага;

- д) при наличии очагов по границе роста волос.
096. Отметьте характерные клинические черты микоза гладкой кожи:
- кольцевидное поражение с «активным», растущим краем очага;
 - папуловезикулезные высыпания по краю очага;
 - зуд;
 - уртикарии по периферии очагов;
 - изъязвления в центре очагов.
097. 40-летний мужчина имеет безболезненные беловатые участки мацерации кожи межпальцевых промежутков обеих стоп. Перечислите заболевания, которые могут вызывать описанную ситуацию
- кандидоз;
 - дерматофития;
 - мозоли;
 - интертриго бактериальное;
 - контактный дерматит.
098. Для подтверждения диагноза дерматофитоза необходимо исследование:
- мокроты;
 - ногтевых пластинок;
 - волос;
 - кожных чешуек.
099. Какие исследования целесообразно провести для подтверждения диагноза дерматофитии:
- осмотр в лучах лампы Вуда;
 - микроскопия соскоба кожных чешуек и/или ногтевых пластинок;
 - культуральное исследование кожных чешуек и/или ногтевых пластинок;
 - заражение лабораторных животных материалом от больных;
 - биопсия кожи.
100. *Candida albicans* могут быть выделены у здорового человека:
- из полости рта;
 - из волосистой части головы;
 - из желудочно-кишечного тракта;
 - из легких;
 - из влагалища.

Ответы на тестовые задания:

001	абгд	051	г
002	абвг	052	г
003	авг	053	бг
004	б	054	б
005	авд	055	авг
006	абвд	056	а
007	авд	057	абвгд
008	бвг	058	абвг
009	абв	059	д
010	бвг	060	абг
011	авг	061	г
012	авгд	062	абг
013	авг	063	бвгд
014	абгд	064	абг
015	абвд	065	а
016	абвд	066	agd
017	бвгд	067	г
018	а	068	абвд
019	бвг	069	абвд
020	г	070	а
021	а	071	авгд
0222	а	072	авг
023	б	073	авг

024	б	074	абвг
025	абв	075	бв
026	абгд	076	абвгде
027	абвгд	077	а
028	вгд	078	абвгд
029	ад	079	а
030	в	080	а
031	абв	081	а
032	а	082	а
033	абвгд	083	абвг
034	абв	084	а
035	бг	085	абвг
036	а	086	бв
037	а	087	абв
038	аб	088	абв
039	аб	089	абв
040	в	090	абвд
041	в	091	вгд
042	в	092	авг
043	абв	093	авг
044	а	094	бгд
045	г	095	абв
046	г	096	абг
047	абд	097	бвг
048	а	098	абв
049	абвгд	099	авд
050	абвгд	100	абвгд

4) Решить ситуационные задачи.

Задача 1.

На прием к ВОП обратился больной И., 45 лет, с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, сопровождающиеся зудом.

Считает себя больным в течение трех месяцев. Первые высыпания появились в летнее время года на волосистой части головы, затем на разгибательной поверхности предплечий, на туловище. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отец больного и дед страдали подобным же заболеванием. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический холецистит.

Объективно: высыпания носят распространенный характер, симметричные, локализируются на разгибательной поверхности конечностей, на туловище, волосистой части головы. Представлены монотипной папулезной сыпью, ярко-красного цвета, округлой формы, размерами от 0,5 до 1 см в диаметре, бляшками размером 5 x 5 см. Поверхность папул в центре покрыта серебристо-белыми чешуйками, по периферии – ободок ярко-красного цвета. Наблюдается появление новых папул и их периферический рост. При поскабливании высыпаний появляется гладкая блестящая поверхность, затем точечное кровотечение.

Поставьте диагноз и определитесь с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Задача 2.

Больной Н., 37 лет, жалуется на высыпания на разгибательных поверхностях конечностей, сопровождающиеся зудом, боли в области правого лучезапястного и межфаланговых суставов кистей, изменения ногтевых пластинок.

Болен около 5 лет, когда впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания, покрытые чешуйками. Затем такие же высыпания появились в области коленных суставов. Обострение заболевания отмечает в зимнее время года, летом – улучшение. Боли в суставах беспокоят в течение года. Страдает хроническим тонзиллитом.

Объективно: На разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов имеются бляшки бурого цвета, размером 5 x 8 см, по всей поверхности покрытые серебристо-белыми чешуйками. Периферического роста бляшек, появления новых элементов не наблюдается. При поскабливании бляшек появляется «стеариновое пятно».

Ногтевые пластинки утолщены, отмечается симптом «наперстка». В области правого лучезапястного

сустава, межфаланговых суставов кистей имеется припухлость, деформация дистальных фаланговых суставов, движения в них ограничены.

На рентгенограммах правого лучезапястного и межфаланговых суставов кистей определяются сужение суставных щелей, околоуставной остеопороз.

Поставьте диагноз и определитесь с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Задача 3.

Больная К., 23 лет, жалуется на появление высыпаний на коже туловища. Субъективных жалоб нет. Заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: на боковых поверхностях туловища, живота имеются овальной формы розово-красного цвета пятна размером 0,8 x 0,4 см, своим длинником пятна расположены параллельно ребрам. На животе пятно размером 2,5 x 1,5 см, которое, как отмечает больная, появилось за неделю до обильных высыпаний. В центре пятен отмечается шелушение в виде смятой папиросной бумаги.

Поставьте диагноз и определитесь с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Задача 4.

Больная М., 27 лет, жалуется на появление зудящих высыпаний, общее недомогание, повышение температуры тела до 37,5° С. Высыпания появились в период заболевания ангиной, по поводу которой принимала аспирин, какой-то антибиотик, полоскания горла раствором перманганата калия.

Объективно: на коже туловища, лица, верхних и нижних конечностей обильная сливающаяся розеолезная, папулезная сыпь розово-красного цвета с мелкопластинчатым шелушением. Местами имеются немногочисленные петехии.

Поставьте диагноз и определитесь с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Задача 5.

На прием к врачу обратился больной К., 28 лет, работает сварщиком, жалуется на высыпания и зуд в области правой голени.

Неделю назад на работе получил ожог правой голени. К врачу не обращался, ничем не лечился. На месте ожога через пять дней заметил покраснение, которое быстро увеличилось, затем возникла отечность голени, стал беспокоить зуд. Почти одновременно появились мокнутие, эрозии, корки. Сопутствующая патология – хронический тонзиллит.

Объективно. В средней трети правой голени на месте ожога имеются две язвочки, покрытые гнойным отделяемым. Вокруг них – эритема с четкими границами, размером 9 x 18 см, мелкие папулы, везикулы, мокнутие. По периферии очага поражения – отсев пустул.

Поставьте диагноз и определитесь с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Рекомендуемая литература:

Основная:

34. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

35. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.

Дополнительная:

32. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

РАЗДЕЛ «Болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем в ОВП»

Подраздел 2. «Инфекции, передающиеся половым путем, в ОВП»

Темы :

- 1.«Факторы риска инфекций, передающихся половым путем»
- 2.«Инфекции, передающиеся половым путем, встречающиеся в ОВП»
- 3.«Профилактика инфекций, передающихся половым путем в ОВП»

Цель: к концу обучения модуля «Инфекции, передающиеся половым путем в ОВП» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, чтобы эффективно оказывать соответствующую помощь пациентам с инфекциями, передающимися половым путем. Уметь определять показания для направления к амбулаторным специалистам и в стационар.

Задачи:

1. Обучить проводить полное клиническое обследование пациентов с инфекциями, передающимися половым путем в условиях ОВП
2. Изучить распространенность основных инфекций, передающихся половым путем в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, обучить их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Обучить проводить профилактические и реабилитационные мероприятия при наиболее часто встречающихся инфекциях, передающихся половым путем, выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Обучить устанавливать эффективные взаимоотношения с пациентами, имеющими инфекции, передающиеся половым путем, и их партнерами/семьями в условиях ОВП
5. Обучить организовать помощь пациентам с инфекциями, передающимися половым путем наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

Обучающийся должен знать:

- этиологию и патогенез распространенных синдромов и заболеваний
- естественное течение инфекций, передающихся половым путем
- распространенность инфекций в популяции и в различных половозрастных группах
- типичные и нетипичные местные и системные клинические проявления и осложнения у мужчин и женщин, детей, беременных
- факторы риска
- особенности передачи инфекции от матери к ребенку во время беременности и родов
- особенности диагностики
- лечение – начальное, продленное
- критерии для направления к специалистам и в стационар

1. Клиническая эпидемиология инфекций, передающихся половым путем
2. Факторы риска инфекций, передающихся половым путем
 - 2.1. Молодой возраст
 - 2.2. Раннее начало половой жизни
 - 2.3. Беременность и роды (передача инфекции от матери к ребенку)
 - 2.5. Рискованное сексуальное поведение, включая большое количество сексуальных партнеров
 - 2.6. Иммунодефицит местный и общий
 - 2.7. Презерватив (не применение или неправильное использование)
 - 2.8. Бесконтрольное применение антибиотиков
 - 2.9. Личная интимная гигиена
 - 2.10. Хронические заболевания гениталий
3. Инфекции, передающиеся половым путем, встречающиеся в ОВП.
 - 3.1. Основные симптомы и синдромы
 - 3.1.1. Зуд и жжение в половых органах
 - 3.1.2. Боли при половом акте
 - 3.1.3. Выделения из мочеиспускательного канала у мужчин
 - 3.1.4. Некровянистые выделения из влагалища
 - 3.1.5. Кондиломы (бородавки) остроконечные и широкие
 - 3.1.6. Язвы наружных половых органов
 - 3.2. Основные инфекции, передающиеся половым путем с поражением половых органов
 - 3.2.1. Бактериальные инфекции

- 3.2.1.1. Сифилис
- 3.2.1.2. Гонорея
- 3.2.1.3. Урогенитальный хламидиоз
- 3.2.1.4. Урогенитальный микоплазмоз
- 3.2.1.5. Бактериальный вагиноз (гарднереллез)
- 3.2.2. Вирусные инфекции
 - 3.2.2.1. Генитальный герпес
 - 3.2.2.2. Папилломавирусная инфекция (кондиломатоз)
 - 3.2.2.3. Контагиозный моллюск
 - 3.2.2.4. Цитомегаловирусная инфекция
- 3.2.3. Грибковые инфекции
 - 3.2.3.1. Кандидоз половых органов
- 3.2.4. Протозойные инфекции
 - 3.2.4.1. Мочеполовой трихомониаз
 - 3.2.4.2. Амебиаз
 - 3.2.4.3. Лямблиоз
- 3.2.5. Паразитарные инфекции
 - 3.2.5.1. Чесотка
 - 3.2.5.2. Лобковая вшивость
- 3.3. Инфекции, передающиеся половым путем без поражения половых органов
 - 3.5.1. Вирусные гепатиты В и С
 - 3.5.2. ВИЧ-инфекция
- 4. Инфекции, передающиеся половым путем у новорожденных
- 5. Диагностика инфекций, передающиеся половым путем
 - 5.1. Клиническое обследование (опрос, включая сексуальный и эпиданамнез, физикальный осмотр половых органов, аноректальной области, региональных лимфатических узлов)
 - 5.2. Лабораторные методы исследований материала из уретры, с шейки матки, влагалища, кожных покровов наружных половых органов
 - 5.2.1. Микроскопия (бактериоскопия)
 - 5.2.2. Посевы на питательные среды
 - 5.2.3. Серологические (иммунологические) тесты
 - 5.2.4. ДНК/РНК-диагностика
 - 5.2.4.1. Лигазная цепная реакция
 - 5.2.4.2. Полимеразная цепная реакция (ПЦР)
 - 5.2.5. Аминотест
 - 5.2.6. Исследование pH вагинального секрета
- 6. Клиническая фармакология. Основные группы лекарственных средств для местного и системного применения:
 - 6.1. Противомикробные и противопаразитарные средства
 - 6.2. Антисептические препараты для местного применения (Гексикон)
- 7. Немедикаментозные методы лечения
 - 7.1. Личная гигиена
 - 7.2. Удаление контагиозного моллюска
 - 7.3. Цитотоксические (прижигающие препараты) - подофиллин
 - 7.4. Хирургическое лечение
 - 7.4.1. Диатермокоагуляция, электролиз, криодеструкция
 - 7.4.2. Местное лечение (обработка язв, кожных высыпаний)
- 8. Профилактика инфекций, передающихся половым путем в ОВП
 - 8.1. Личная гигиена
 - 8.2. Обследование и лечение полового партнера
 - 8.3. Образ жизни
 - 8.4. Барьерные методы контрацепции
 - 8.3. Вакцинация гепатита В
 - 8.4. Скрининг на инфекции, передающиеся половым путем групп риска (лиц, занимающихся коммерческим сексом, беременных, потребителей внутривенных наркотиков)
 - 8.5. Экстренная профилактика инфекций, передающихся половым путем
- 9. Реабилитация
 - 9.1. Психотерапия

9.2. Физическая активность

10. Паллиативная помощь пациентам со СПИД

11. Психосоциальные проблемы

11.1. Социальная адаптация

11.2. Изменения в семье, имеющей больного с инфекциями, передающимися половым путем

Обучающийся должен уметь: применить свои знания, которые требуются для ведения пациентов с инфекциями, передающимися половым путем, их диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо достичь:

- точного их выполнения в соответствии со стандартом,
- знаний показаний/противопоказаний,
- возможные побочные эффекты/осложнения и оказание помощи при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Историей болезни пациента с инфекциями, передающимися половым путем:

Опрос (жалобы, анамнез, включая сексуальный и эпиданамнез)

Физикальный осмотр половых органов, аноректальной области, региональных лимфатических узлов

Лабораторными исследованиями:

Взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования

из уретры

с шейки матки и влагалища

кожных покровов наружных половых органов

Забор материала на ВИЧ-инфекцию, спид-ассоциированные заболевания

Интерпретация данных микробиологических исследований патогенного материала:

Микроскопия (бактериоскопия)

Посев на питательные среды

Диагностические серологические тесты

ДНК/РНК-диагностика

Проведение аминотеста

Исследование pH вагинального секрета

Методами диагностики, процедуры/манипуляции:

Местное применение лекарственных средств (наружное, внутривлагалищное)

Стерилизация инструментария, используемого у больных с инфекциями, передающимися половым путем

Утилизация медицинских отходов больных с инфекциями,

передающимися половым путем (биологического материала, разового инструментария, шприцов, игл, перчаток)

Ведением пациентов после выписки из стационара с инфекциями, передающимися половым путем:

Навыки консультации:

Обучение пациентов из групп риска по заражению инфекциями, передающимися половым путем

Обучение пациентов личной гигиене половых органов

Обучение пациентов использованию барьерных методов контрацепции

Профилактические рекомендации пациенту с инфекциями, передающимися половым путем:

Здоровый образ жизни, безопасный секс

Вакцинация

Информирование полового партнера о наличии инфекции, передающейся половым путем и ВИЧ-инфекции

Консультирование семьи, имеющей больного с инфекциями, передающимися половым путем

Организационной работой в ОВП по ведению пациентов с инфекциями, передающимися половым путем:

Медицинская экспертиза:

Экспертиза временной нетрудоспособности

Определение медицинских показаний к трудоустройству

Управление лечебно-диагностическим процессом в ОВП:

Организация маршрута пациента, имеющего инфекции, передающиеся половым путем: диагностика, лечебно-профилактические, оздоровительные и реабилитационные мероприятия, консультации специалистов, госпитализация

Оказание совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи больным с ВИЧ-инфекцией

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

21. Венерические болезни. Диагностика в условиях первичной медицинской помощи.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (перечислить), освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя)

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: ведущая жалоба, основной клинический синдром, предварительный диагноз, план обследования и лечения

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

1. Хламидийная инфекция (урогенитальный хламидиоз)

Урогенитальный хламидиоз – частое заболевание, передающееся преимущественно половым путем (ЗППП); возбудитель – *Chlamydia trachomatis*.

Заражение происходит при половых контактах. При прохождении через родовые пути возможно инфицирование новорожденного с развитием конъюнктивита и/или воспаления легких. Бытовое заражение маловероятно.

Инкубационный период составляет 1-3 нед. Значительная часть инфицированных является бессимптомными носителями (20-50% мужчин и до 75% женщин).

Типичный пациент (при наличии симптоматической инфекции)

Сексуально активная женщина или мужчина, чаще в возрасте 19-40 лет, с недавно появившимися жалобами на:

- женщина - скудные водянистые или слизистые выделения из влагалища, боль при мочеиспускании и боли внизу живота; возможно межменструальные или посткоитальные кровотечения;

- мужчина - боли при мочеиспускании и/или скудные прозрачные выделения из мочеиспускательного канала.

Факторы риска

Возраст моложе 25 лет; смена полового партнера в течение последнего года; два и более партнеров в течение года.

Признаки наличия серьезных проблем

Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин; эпидидимит или орхит у мужчин

Психосоциальные факторы риска

Частая смена половых партнеров, низкий социально-экономический статус, ЗППП в анамнезе.

По зарубежным данным, проституция не является значимым фактором в распространении хламидиоза.

Мужчины чаще заражаются от временных партнерш (около 60% случаев инфицирования), а женщины – от постоянного партнера.

Ведение пациента

Симптомы

При гинекологическом осмотре у женщин обнаруживаются признаки цервицита: слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, гиперемия, отечность и склонность к кровоточивости наружного зева шейки матки.

Реже встречаются: проктит (протекает как кишечное заболевание со стертой клинической картиной; возможна боль в прямой кишке, зуд и выделения); хламидийный конъюнктивит у взрослых и новорожденных.

Осложнения

У мужчин - эпидидимит и орхит. Патогенетическую роль хламидий в развитии простатита считают незначительной, но не исключают.

У женщин – воспалительные заболевания органов малого таза (аднексит, сальпингит, эндометрит), которые являются одной из главных причин женского бесплодия.

Независимо от пола: реактивный артрит (синдром Рейтера) – страдает около 1% инфицированных мужчин, несколько реже встречается у женщин; перигепатит (редко) – за счет восходящего распространения инфекции из малого таза.

Диагностика

Обследование больного с типичными жалобами включает сбор анамнеза и жалоб; визуальное обследование, у женщин – осмотр шейки матки в зеркалах; лабораторные тесты на хламидиоз, другие ЗППП и ВИЧ-инфекцию.

Типичные клинические проявления позволяют заподозрить хламидиоз; поставить достоверный диагноз можно только на основании лабораторных тестов.

Лабораторная диагностика

- изоляция возбудителя на культуре клеток (культуральный метод) – чувствительность – около 80%, специфичность 100%;

- методы генной амплификации - полимеразная цепная реакция (ПЦР), лигазная цепная реакция (ЛЦР) – чувствительность приближается к 100%;

- иммуноферментный анализ (ИФА), прямой иммунофлюоресцентный метод (ПИФ) - максимальная чувствительность 80%, специфичность 98-99%, однако на практике могут быть ниже в зависимости от качества тест-систем, что приводит к большому числу ложно-положительных результатов.

Методом выбора является ПЦР или ЛЦР, чувствительность которых приближается к 100%, что намного превышает чувствительность культуральных методов, ПИФ и ИФА.

Применение серологических тестов (выявление антител к хламидиям) для диагностики хламидиоза нецелесообразно, так как не позволяет отличить перенесенную и текущую инфекцию. Серологические тесты используют только при подозрении на хроническое течение заболевания, в этом случае проводят исследование на IgM и IgG.

Материал для исследования. У мужчин исследуют мочу; у женщин – мочу или материал из цервикального канала, взятый при помощи тампона. До забора материала пациенту необходимо воздержаться от мочеиспускания в течение 2 часов. Материал транспортируют в лабораторию обычным путем; при необходимости в течение 3-4 дней можно хранить в холодильнике.

Лабораторные тесты должны быть назначены в следующих ситуациях:

- симптомы хламидиозной инфекции (см. выше),
- эпидидимит или орхит у сексуально активных мужчин;
- воспалительные заболевания органов малого таза у женщин;

Необходимо также обследовать:

- матерей новорожденных с хламидиозным конъюнктивитом;
- половых партнеров;
- больных другими инфекциями, передающимися преимущественно половым путем;
- беременных женщин, в т.ч. женщин, направленных на искусственное прерывание беременности;
- женщин с факторами риска, которым предстоит вмешательства в полости матки (в т.ч. введение внутриматочной спирали);
- мужчин-доноров спермы.

Возможно использование ПЦР или ЛЦР для скрининга на бессимптомные формы. Материал можно забрать в домашних условиях. В ряде стран рекомендован скрининг:

- сексуально активных женщин в возрасте моложе 25 лет (оптимальная частота не определена; приемлемым может считаться ежегодное обследование);
- сексуально активных женщин в возрасте 25 лет и старше при наличии 2 и более партнеров в течение последнего года или сменивших партнера в течение года

Вопрос о целесообразности скрининга среди молодых сексуально активных мужчин остается нерешенным.

Лечение

При признаках серьезных проблем

Консультация специалиста (уролог, гинеколог).

При отсутствии признаков серьезных проблем

Лечение включает антибиотикотерапию, информирование пациента о необходимости лечения половых

партнеров и о мерах предупреждения ЗППП.

Рекомендуется несколько различных схем антибиотикотерапии для лечения неосложненного урогенитального хламидиоза: Основные схемы (одна из предложенных альтернатив «или-или»)

Азитромицин 1000 мг однократно внутрь

Доксициклин По 100 мг 2 раза в сут в течение 7-10 дней внутрь

Альтернативные схемы

Офлоксацин 200 мг 2 р в сут или 400 мг 1 р в сут 7 дней внутрь

Тетрациклин 500 мг 4 р в сут 7 дней внутрь

Эритромицин 500 мг 4 раза в сут 7 дней внутрь

Эритромицин 500 мг 2 раза в сут 14 дней внутрь

При беременности (одна из альтернатив)

Эритромицин 500 мг 4 раза в сут 7 дней внутрь

Эритромицин 500 мг 2 раза в сут 14 дней внутрь

Амоксициллин 500 мг 3 раза в сут 7 дней внутрь

Азитромицин 1000 мг однократно внутрь

Примечания. Азитромицин и доксициклин имеют равную эффективность в рандомизированных клинических исследованиях (РКИ).

Схема с азитромицином имеет преимущества с точки зрения соблюдения медицинских рекомендаций, поскольку предполагает однократный прием (особенно целесообразна у пациентов, которые плохо соблюдают рекомендации), но требует больших затрат.

Доксициклин и офлоксацин противопоказаны при беременности. Эффективность и безопасность азитромицина предполагаются, однако целесообразность его применения до сих пор обсуждается.

Эритромицин часто вызывает побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта, что может привести к нарушению соблюдения рекомендаций.

Ципрофлоксацин – не рекомендуется для лечения урогенитального хламидиоза, поскольку показал меньшую эффективность в РКИ по сравнению с доксициклином.

При наличии осложнений пациентам может потребоваться комбинированная антибиотикотерапия.

У пациентов с симптомами хламидиоза и их половых партнеров можно начинать лечение, не дожидаясь результатов лабораторных тестов.

Проведение контрольного лабораторного исследования после завершения лечения не обязательно, если пациент соблюдал рекомендации, симптомы исчезли, и нет подозрения на реинфекцию. Пациенты с бессимптомным течением могут настаивать на проведении контрольного исследования. Контрольное обследование проводят культуральным методом или ПЦР не ранее чем через 3 недели после начала лечения.

Необходимо разъяснить больному, что следует обследовать и лечить половых партнеров. Одновременное лечение партнера предупреждает рецидив заболевания. Создание благоприятных условий для обращения к врачу и скринингового обследования способствуют более полному выявлению половых партнеров.

2. Генитальный герпес

Типичный случай

Женщина 28 лет, не замужем. Предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38,0, головную боль, зуд, покраснение половых органов. Также жалуется на появление во рту, на ягодицах и половых губах мелких пузырьков с прозрачным содержимым, при разрыве образующие болезненные язвочки, на вагинальные и уретральные выделения. На припухание и болезненность лимфоузлов паховой области. Боли режущего характера при мочеиспускании.

Признаки серьезного состояния

- Подозрением на впервые возникший ГГ;
- Беременность;
- Лица с ослабленным иммунитетом;
- Неврологическая симптоматика;
- Острая задержка мочи;
- Отсутствие эффекта от лечения.

Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации

- Эмоциональные нарушения, подавленность, чувства страха и вины, тревога и депрессия,
- Сопутствующая психиатрическая патология;
- Хроническая боль и раздражение кожи в области гениталий и перианальной области.

Факторы риска:

Более 5 половых партнеров в течение жизни; партнер с генитальным герпесом; часто возникающие

эрозии и повреждения кожи в области ягодиц и перианальной области.

Ведение пациента

Диагностика:

Анамнез

Обратить внимание на: симптомы вирусного заболевания (лихорадка, головная боль, боль в мышцах и т.д.); выраженность и продолжительность симптомов.

Физикальное исследование:

Осмотр половых органов – зуд, покраснение. Везикулы с прозрачным или мутным содержимым, при разрыве образующие болезненные язвочки. При заживлении на коже образуются корки. Могут наблюдаться вагинальные и уретральные выделения;

Осмотр кожных покровов (ягодицы и перианальная область) и полости рта;

Лимфоузлы паховой области могут припухать и быть болезненными при пальпации;

Дизурия, острая задержка мочи.

Инструментальные исследования:

Необходимо проведение всем лицам с впервые выявленным ГГ, а также пациентам с рецидивирующим течением ГГ, у которых вирусологические исследования до этого не проводилось.

Посев вируса на культуре ткани – золотой стандарт диагностики (обычно недоступен ввиду высокой стоимости и длительности проведения процедуры). Важно правильно собрать образцы возбудителей. Содержимое везикул – лучший источник материала для вирусологического исследования;

При невозможности посева вируса на культуре ткани: прямое определение вирусных антигенов, иммунофлюоресцентный анализ, полимеразная цепная реакция (ПЦР), серология.

Подтверждение диагноза ГГ необходимо проводить в специализированных кожно-венерологических отделениях для исключения сопутствующих венерических заболеваний, а также уведомления половых партнеров и назначения адекватного лечения.

При наличии индикаторов серьезного заболевания

Внутривенное введение противовирусных препаратов под наблюдением специалиста показано в тех случаях, когда пациент не может глотать, наблюдается толерантность к пероральным препаратам, а также во время беременности и у иммунокомпрометированных лиц.

При отсутствии индикаторов серьезного заболевания

Рекомендовать воздерживаться от половых контактов, если имеются выраженные симптомы ГГ, а также при повреждении кожных покровов и слизистых;

Рекомендовать мужчинам использовать презервативы для профилактики инфицирования ГГ женщин;

Назначение пероральных анальгетиков. Местные анестетики (мази, содержащие лидокаин) могут применяться лишь короткое время, поскольку могут вызывать реакции гиперчувствительности;

Соляные ванны, пакеты со льдом, применение вазелина могут облегчить боль;

Симптомы дизурии могут быть облегчены при мочеиспускании в теплой ванне, применением местных анестетиков за 5 минут до мочеиспускания, приемом большого количества воды для разжижения мочи.

Противовирусная терапия

Необходимо немедленное назначение противовирусных препаратов, не ожидая результатов вирусологических или серологических исследований;

Наиболее эффективно применение пероральных противовирусных препаратов (например, ацикловир по 200 мг 5 раз в день) в течение 5 дней после появления первых симптомов заболевания или появления новых везикул и эрозий.

Местное применение противовирусных препаратов не рекомендуется.

Противовирусная терапия между приступами показана в случае частых повторных случаев ГГ (чаще, чем 6 раз в год), подтвержденного лабораторно; тяжелых проявлений ГГ; тяжелых психологических переживаний, связанных с заболеванием. Продолжительность – не более 1 года (ацикловир 400 мг перорально 2 раза в день или 200 мг 4 раза в день).

При наличии психосоциальных факторов риска хронизации процесса и инвалидизации

Консультация специалиста (психолог, психиатр)

Гигиена перианальной и генитальной областей, рекомендуется носить свободное белье

Образование пациентов (о способах передачи, симптоматике, лечении инфекции, прогнозах) при помощи распространения брошюр, телефонов поддержки;

Создание групп самоподдержки пациентов (оказание поддержки и предоставление необходимой информации друг другу).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной В., 42 лет, масса тела 83кг, холост.

При профобследовании обнаружена положительная реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном (экспресс-метод). Классические серореакции (реакция связывания комплемента с трепонемным и кардиолипиновым антигенами и микропреципитации) дважды резко положительные в разведении сыворотки 1:160 и 1:320, реакция иммобилизации трепонем - 47%, реакция иммунофлюоресценции - 3+.

При осмотре обнаружены незначительно увеличенные и уплотненные паховые и затылочные лимфатические узлы. В анамнезе - случайная половая связь год тому назад, самолечение тетрациклином (по 2 табл. 4 раза в день, 4-5 дней). Больному следует поставить диагноз:

- а) сифилиса раннего скрытого;
- б) сифилиса скрытого позднего;
- в) сифилиса скрытого неуточненного;
- г) ложноположительные серореакции;
- д) сифилиса первичного скрытого.

Задача 2.

Воспитательница детского сада привлечена к обследованию как половой партнер больного гонореей. В мазках и бактериологическом посеве, выполненном после комбинированной провокации, гонококк не обнаружен. На основании жалоб, клинического осмотра и данных лабораторного исследования поставлен диагноз: хронический уретрит, эндоцервицит. Проведено адекватное лечение с эффектом. Каковы сроки диспансерного наблюдения

- а) через 7-10 дней после лечения, во время и по окончании ближайшей менструации;
- б) через 7-10 дней после лечения и в течение 2-3 менструальных циклов;
- в) клинико-серологический контроль в течение 1,5 месяцев;
- г) клинико-серологический контроль в течение 3 месяцев;
- д) клинико-серологический контроль в течение 6 месяцев.

Задача 3.

Девочке 3 лет на основании клинического осмотра и микроскопии мазков, окрашенных метиленовым синим, поставлен предварительный диагноз: острый вульвовагинит гонорейной этиологии. Для уточнения диагноза необходимо выполнить:

- а) бактериологическое исследование с микроскопией мазков, окрашенных по Граму;
- б) бактериоскопическое исследование мазков, окрашенных по Граму;
- в) вагиноскопию;
- г) определение сахаролитических свойств культуры, полученной при бактериологическом посеве;
- д) обследование родителей на гонорею.

Задача 4.

Девочка, 13 лет, по поводу гонореи закончила лечение в стационаре. Через 10 дней проведено клинико-лабораторное обследование с целью установления критериев излеченности. Гонококки в мазке не обнаружены, лейкоциты 5-8 в поле зрения, клинические признаки воспалительной реакции отсутствуют. Девочка посещать школу:

- а) не может;
- б) может;
- в) может через 1 месяц после окончания лечения;
- г) может после двух контрольных исследований с провокацией;
- д) может при условии регулярных явок на контроль.

Задача 5.

Женщина, 23 лет, обратилась к врачу с жалобами на жжение, зуд в области наружных половых органов, обильные, молочно-белые выделения с неприятным запахом. При осмотре - острый кольпит, обильные творожистые выделения в заднем своде, проба с 10% КОН положительная. В мазках - повышенное количество лейкоцитов, «ключевые» клетки, почкующиеся дрожжевые клетки и псевдомицелий. Диагноз:

- а) бактериальный вагиноз;
- б) острый урогенитальный кандидоз и бактериальный вагиноз;
- в) острый урогенитальный кандидоз;
- г) диагноз неясен, необходимо выполнить комбинированную провокацию с последующим бактериологическим исследованием;
- д) диагноз неясен, требуется произвести посев на трихомоназу.

Задача 5 (а).

Тактика лечения данной пациентки

- а) антимикотики, препараты метронидазола;

- б) антибиотики, антимикотики, препараты метронидазола;
- в) антимикотики, препараты метронидазола, местное лечение;
- г) антибиотики, местное лечение;
- д) препараты метронидазола, местное лечение.

Задача 6.

Женщина, 38 лет, в течение 4 месяцев отмечает выделение из влагалища, появляющиеся перед менструацией, после полового контакта, неприятный запах. При осмотре слизистые оболочки нормальной окраски, в заднем своде - скудное молочного цвета отделяемое, проба с 10% КОН положительная. В мазках обнаружены «ключевые» клетки >20%, лейкоциты в небольшом количестве. Диагноз:

- а) здорова;
- б) хронический бактериальный вагиноз;
- в) диагноз неясен;
- г) кандидоз;
- д) банальный кольпит.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля):
 1. Венерические болезни. Диагностика в условиях первичной медицинской помощи.

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

Тесты

1. Рецидивирующий опоясывающий лишай у мужчин молодого и среднего возраста является СПИД-индикаторным заболеванием
 - а) правильно
 - б) неправильно
2. Язвенные поражения в аногенитальной области, вызываемые вирусами простого лишая и существующие 3 и более месяцев, являются СПИД-индикаторным заболеванием
 - а) правильно
 - б) неправильно
3. *Candida albicans* могут быть выделены у здорового человека
 - а) из полости рта
 - б) из волосистой части головы
 - в) из желудочно-кишечного тракта
 - г) из легких
 - д) из влагалища
4. Обязательному обследованию на сифилис с применением серологических методов исследования подлежат больные, находящиеся:
 - А. в неврологических отделениях больницы
 - Б. в инфекционных отделениях больницы
 - В. в терапевтических отделениях больницы
 - Г. в глазных отделениях больницы
 - Д. правильно А. и В.
5. Обязательному обследованию на гонорею подлежат все контингенты, кроме:
 - А. беременных
 - Б. женщин, страдающих первичным бесплодием
 - В. женщин, страдающих вторичным бесплодием
 - Г. женщин, страдающих псориазом
 - Д. женщин, бывших в контакте с больным гонореей
6. Наиболее характерным серологическим показателем для герпеса беременных является:

- А. реакция связывания комплемента с антителами против антигенов базальной мембраны кожи при иммунофлюоресцентном исследовании сыворотки крови беременной женщины
- Б. антиядерные антитела
- В. фактор Хазерика
- Г. повышение уровня IgA
- Д. повышение титра кожносенсibiliзирующих антител
7. Диагностическое исследование кариотипа (хромосомного набора) лимфоцитов периферической крови необходимо:
- А. при моногенных дерматозах
- Б. при мультифакториальных дерматозах
- В. при хромосомных болезнях с симптоматическими поражениями кожи или сопровождающихся половым инфантилизмом
- Г. при врожденном сифилисе
- Д. при систематизированных невусах
8. Инфекции ВИЧ не передаются:
- А. трансфузионным путем
- Б. воздушно-капельным путем
- В. от заболевшей матери к плоду
- Г. инъекционным путем
- Д. половым путем
9. При подозрении на шанкриформную пиодермию необходимо провести исследования, кроме:
- А. на бледную трепонему отделяемого серума с поверхности язвы
- Б. РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем)
- В. РИФ (реакции иммунофлюоресценции)
- Г. КСР (комплекс серологических реакций)
- Д. все перечисленные исследования
10. Развитию кандидоза способствует все перечисленное, кроме:
- А. сахарного диабета
- Б. длительного лечения антибиотиками
- В. потливости, мацерации кожи
- Г. иммунодефицита
- Д. гипертонической болезни
11. При исследовании бледной трепонемы методом электронной микроскопии выявляются все образования, кроме:
- А. чехла
- Б. жгутиков
- В. фибрилл
- Г. цитоплазматической мембраны
12. Наиболее чувствительным серологическим тестом на сифилис является:
- А. реакция иммунофлюоресценции
- Б. реакция Колмера
- В. реакция Вассермана
- Г. реакция иммобилизации бледных трепонем РИБТ
- Д. все реакции одинаково чувствительны
13. Для сифилиса скрытого раннего характерна резко положительная реакция Вассермана:
- А. с низким титром реагинов
- Б. с низким титром реагинов у одних и высоким у других больных
- В. с высоким титром реагинов
- Г. титр реагинов значения не имеет
- Д. все ответы правильные
14. Для установления диагноза первичного серопозитивного сифилиса прежде всего необходимы

положительные результаты реакции:

- А. Колмера
- Б. Вассермана
- В. иммунофлуоресценции
- Г. микропреципитации
- Д. Полимеразной цепной реакции

15. У больной 19 лет на внутренней поверхности малых половых губ имеются множественные болезненные неправильных очертаний язвы диаметром 1-2 см. Дно язв покрыто серозно-гнойным отделяемым. Температура тела 38°C, озноб. Паховые узлы не изменены. Для уточнения диагноза необходимы все перечисленные исследования, кроме:

- А. реакции иммобилизации бледных трепонем
- Б. реакции Вассермана
- В. исследования отделяемого язв на бледную трепонему
- Г. реакции иммунофлуоресценции

16. Больной 29 лет обратился к врачу с жалобами на изъязвления на половом члене. На внутреннем листке крайней плоти имеются 3 язвочки овальных очертаний с незначительным уплотнением в основании, чувствительные при пальпации. Бледная трепонема не найдена. Паховые узлы не увеличены. Реакция Вассермана отрицательная. Тактика врача включает все перечисленное, кроме:

- А. обследования на сифилис партнерши
- Б. повторения реакции Вассермана
- В. постановки реакции иммунофлуоресценции
- Г. назначения повязки с раствором антисептика
- Г. повторного исследования на бледную трепонему

17. Изменения крови у больных ранним врожденным сифилисом проявляются в виде:

- А. лейкопении
- Б. гипохромной анемии
- В. тромбоцитопении
- Г. эозинофилии

18. У больного предположительный диагноз - сифилис вторичный рецидивный. Серологические реакции слабо положительные. Для подтверждения диагноза наиболее важна:

- А. реакция Колмера
- Б. реакция иммунофлуоресценции
- В. реакция иммобилизации бледных трепонем
- Г. реакция микропреципитации

19. Реакция иммобилизации бледных трепонем производится в следующих случаях, кроме:

- А. подтверждения диагноза сифилиса первичного
- Б. подтверждения диагноза сифилиса скрытого
- В. расхождения результатов РСК и РИФ
- Г. решения вопроса о снятии больного с учета

20. Возбудитель гонореи - гонококк - относится:

- А. к парным коккам грам-отрицательным
- Б. к парным коккам грам-положительным
- В. к парным коккам грам-вариабельным
- Г. коккобациллам грам-отрицательным
- Д. Коккобациллам грам-вариабельным

20. Идентификация гонококков основывается на следующих признаках, кроме:

- А. парности кокков
- Б. грам-отрицательности
- В. грам-положительности
- Г. внутриклеточного расположения
- Д. бобовидности формы

21. В средах с сахарами гонококк разлагает:
- А. лактозу
 - Б. галактозу
 - В. глюкозу
 - Г. сахарозу
 - Д. рибозу
22. Наиболее доступны для поражения гонококками слизистые оболочки, выстланные:
- А. многослойным плоским неороговевающим эпителием
 - Б. многослойным плоским ороговевающим эпителием
 - В. переходным эпителием
 - Г. однослойным цилиндрическим эпителием
 - Д. Кубическим эпителием
23. Свежий острый передний уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
- А. обильных гнойных выделений
 - Б. болезненности при мочеиспускании
 - В. гиперемии губок наружного отверстия уретры
 - Г. наличия гнойных нитей в 1 и 2 порциях мочи
 - Д. Наличия гнойных нитей в 1 порции мочи
24. Противопоказаниями для забора секрета простаты для исследований является все перечисленное, кроме:
- А. острого уретрита
 - Б. подострого уретрита
 - В. торпидного уретрита
 - Г. острого простатита
 - Д. острого орхоэпидидимита
25. Больному острым гнойным орхоэпидидимитом проводятся все перечисленные исследования, кроме:
- А. секрета простаты
 - Б. отделяемого уретры на наличие других патогенных возбудителей
 - В. клинического анализа мочи
 - Г. клинического анализа крови
 - Д. двухстаканной пробы мочи
26. Диагностика острого паренхиматозного простатита основана на результатах исследования:
- А. осадка мочи
 - Б. анализа 3 порции мочи
 - В. УЗИ предстательной железы
 - Г. всего перечисленного
 - Д. все перечисленное неверно
27. При обследовании на гонорею женщин взятие отделяемого для бактериологического анализа производится из всех очагов, кроме:
- А. уретры
 - Б. парауретральных и барктолиновых желез
 - В. прямой кишки
 - Г. заднего свода влагалища
 - Д. цервикального канала
28. С целью диагностики трихомониаза у мужчин исследуют все перечисленное, кроме:
- А. отделяемого уретры
 - Б. секрета простаты
 - В. нитей в моче
 - Г. нитей в промывных водах прямой кишки

Д. все перечисленное верно

29. С целью диагностики трихомониаза у женщин исследуют все перечисленное, кроме:

- А. отделяемого уретры
- Б. отделяемого цервикального канала
- В. нитей в моче
- Г. отделяемого заднего свода влагалища
- Д. все перечисленное

30. С целью диагностики урогенитального хламидиоза исследуют соскоб со слизистой оболочки :

- А. уретры и заднего свода влагалища
- Б. уретры и цервикального канала
- В. цервикального канала и прямой кишки
- Г. уретры, цервикального канала и прямой кишки
- Д. уретры

31. С целью диагностики урогенитального хламидиоза у мужчин исследуют:

- А. соскоб слизистой оболочки прямой кишки
- Б. соскоб слизистой оболочки уретры, секрет простаты
- В. соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки
- Г. секрет простаты
- Д. нитей в моче

32. Диагноз мочевого трихомониаза может быть подтвержден всеми перечисленными исследованиями, кроме

- А. микроскопии мазков, окрашенных по Романовскому-Гимза
- Б. изоляция возбудителя на клетках Мак-Коя
- В. микроскопии мазков, окрашенных по Граму
- Г. микроскопии нативного препарата
- Д. культурального исследования

33. Бактериальный вагиноз характеризуется следующими признаками:

- А. обнаружение «ключевых клеток» > 20 %
- Б. щелочная реакция выделений
- В. «аммиачный» запах при проведении пробы с 10 % раствором КОН
- Г. наличие «кремообразного» отделяемого в заднем своде влагалища
- Д. все перечисленное

34. Общими жалобами для трихомониаза, кандидоза и бактериального вагиноза являются:

- А. зуд, жжение и чувство дискомфорта в области наружных половых органов
- Б. выделения из влагалища
- В. неприятный запах отделяемого
- Г. эрозии на слизистых оболочках гениталий
- Д. все перечисленное

35. Методы диагностики урогенитального хламидиоза включают:

- А. цитологические
- Б. серологические
- В. выделение возбудителей на клетках Мак-Коя
- Г. полимеразную цепную реакцию
- Д. все перечисленное

36. Этиологический диагноз бактериального вагиноза при исследовании мазков, окрашенных по Граму, ставится на основании обнаружения в отделяемом всего перечисленного, кроме:

- А. снижения количества лейкоцитов в поле зрения до 1-2
- Б. снижения или полного отсутствия палочек Додерлейна
- В. организмов рода Мобилункус или Лептотрикс
- Г. «ключевых» клеток

Д. клеток с признаками атипии

37. Термином «ключевая» клетка обозначается:

- А. клетка эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения
- Б. клетка эпителия, покрытая грам-вариабельной упорядоченной палочковой флорой
- В. клетка эпителия, покрытая грам-вариабельными коккобациллярными микроорганизмами
- Г. клетка плоского эпителия, покрытая сплошь или частично грам-положительной палочковой флорой
- Д. спорная форма микроорганизма

38. У новорожденного, инфицированного хламидиями, возбудитель чаще выявляется:

- А. со слизистой оболочки носа
- Б. со слизистой оболочки задней стенки глотки
- В. с наружного слухового прохода
- Г. с паховой складки
- Д. с пуповинного остатка

39. Идентификация уреоплазмы производится всеми перечисленными методами, кроме:

- А. микроскопии окрашенных мазков по Папаниколау
- Б. прямого теста на уреазу с индикатором сульфата марганца
- В. прямого посева на плотную питательную среду, содержащую сульфат марганца
- Г. теста на уреазу в жидкой питательной среде с последующим культивированием на плотные питательные среды
- Д. ДНК-гибридизации, полимеразной цепной реакции

Ответы на тестовые задания

1	а	20	а
2	а	21	в
3	абвгд	22	в
4	д	23	г
5	г	24	д
6	а	25	а
7	в	26	г
8	б	27	г
9	д	28	г
10	д	29	д
11	б	30	б
12	а	31	б
13	в	32	д
14	в	33	д
15	а	34	д
16	г	35	д
17	б	36	д
18	в	37	в
19	а	38	б
		39	а

Рекомендуемая литература:

Основная:

36. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.

37. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.

Дополнительная:

33. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

Раздел: «Болезни зубов, слизистой оболочки полости рта и языка в ОВП».

Темы:

1. «Методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка»
2. «Основные синдромы и симптомы»
3. «Зубы»
4. «Пародонт».
5. «Слизистая оболочка полости рта (СОПР)»
6. «Объемные образования шеи»
7. «Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР»
8. «Ортодонтия»

Цель: В конце изучения модуля «Болезни зубов, слизистой оболочки полости рта и языка в ОВП» врачи должны приобрести основные знания, практические навыки и отношение, позволяющие эффективно оказывать соответствующую помощь пациентам в условиях ОВП.

Задачи:

1. Уметь проводить клиническое обследование зубов, пародонта, СОПР и языка в условиях ОВП.
2. Знать распространенность основных состояний/заболеваний зубов, пародонта, СОПР и языка в популяции и в регионе с учетом возраста, уметь их выявлять на ранних этапах и лечить.
3. Проводить профилактику наиболее часто встречающихся состояний/заболеваний зубов, пародонта, СОПР и языка и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Уметь консультировать пациентов (взрослых и детей) по вопросам индивидуальной гигиены полости рта.
5. Уметь оказывать неотложную догоспитальную помощь пациентам с травмами челюстно-лицевой области.

Обучающийся должен знать:

- краткие сведения об этиологии и патогенезе распространенных синдромов и заболеваний;
 - естественное течение и распространенность острых и хронических заболеваний;
 - факторы риска;
 - клинические проявления, методы диагностики, осложнения и методы профилактики заболеваний зубов, пародонта, СОПР и языка;
 - тактику ведения пациентов ВОП (СВ);
 - критерии для направления к специалистам и в стационар.
1. Организация помощи пациентам с заболеваниями зубов, пародонта, СОПР и языка в ОВП.
 2. Нормальная анатомия и физиология зубов, пародонта, СОПР и языка в различные возрастные периоды.
 3. Методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка.
 - 3.1. Стоматологические инструменты: ротовое зеркало, металлический шпатель, стоматологический пинцет.
 - 3.2. Клиническое обследование зубов, пародонта, СОПР и языка. Опрос, осмотр, перкуссия, пальпация, зондирование.
 4. Основные синдромы и симптомы.
 - 4.1. Зубная боль.
 - 4.2. Гиперестезия зуба.
 - 4.3. Подвижность зубов.
 - 4.4. Изменение цвета эмали зубов.
 - 4.5. Парестезии и боли в языке и слизистой оболочке полости рта.
 - 4.6. Кровоточивость десен.
 5. Зубы.
 - 5.1. Клиническая анатомия и физиология зубов детей, взрослых и пожилых.
 - 5.2. Истирание твердых тканей зуба.
 - 5.3. Кариес зубов.
 - 5.3.1. Осложнения кариеса (пульпит острый и хронический).
 - 5.3.2. Кариес зубов у беременных.
 6. Пародонт.
 - 6.1. Клиническая анатомия и физиология пародонта детей, взрослых и пожилых.
 - 6.2. Острые и хронические заболевания пародонта: гингивит, пародонтит и пародонтоз.

7. Слизистая оболочка полости рта (СОПР).
 - 7.1. Клиническая анатомия и физиология СОПР детей, взрослых и пожилых.
 - 7.2. Элементы поражения СОПР и губ.
 - 7.2.1. Первичные элементы: пятно, узелок, бугорок, узел, пузырек, гнойничок, волдырь, киста.
 - 7.2.2. Вторичные элементы: эрозия, язва, трещина, корка, чешуйка, рубец, пигментация.
 - 7.3. Повреждения СОПР.
 - 7.3.1. Травмы: механические, химические, термические, лучевые.
 - 7.4. Заболевания СОПР и губ.
 - 7.4.1. Инфекционные заболевания.
 - 7.4.1.1. Вирусные (простой герпес и опоясывающий герпес).
 - 7.4.1.2. Бактериальные.
 - 7.4.1.3. Грибковые (кандидоз).
 - 7.4.1.4. Специфические (туберкулез, венерические заболевания).
 - 7.4.2. Аллергические заболевания.
 - 7.4.2.1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.
 - 7.4.3. Изменения СОПР при заболеваниях внутренних органов.
 - 7.4.3.1. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта,
 - 7.4.3.2. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
 - 7.4.3.3. При заболеваниях органов кроветворения.
 - 7.4.3.4. При заболеваниях эндокринной системы.
 - 7.4.3.5. При системных заболеваниях соединительной ткани.
 - 7.4.3.6. При заболеваниях нервной системы.
 - 7.5. Хейлиты.
 - 7.6. Глосситы.
 - 7.7. Предраковые заболевания и опухоли СОПР и красной каймы губ.
8. Объемные образования шеи.
 - 8.1. Клиническая анатомия и физиология шеи в различные возрастные периоды.
 - 8.2. Наиболее частые заболевания, вызывающие объемные образования шеи.
 - 8.2.1. Шейный лимфаденит.
 - 8.2.1.1. Острый (серозный и гнойный).
 - 8.2.1.2. Хронический.
 - 8.2.2. Болезни слюнных желез.
 - 8.2.3. Болезни щитовидной железы.
9. Травмы челюстно-лицевой области: вывих, перелом, ушив (клиника, диагностика, догоспитальная помощь).
10. Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР.
 - 10.1. Организация проведения плановых мероприятий по профилактике и лечению распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР.
 - 10.2. Рациональное питание.
 - 10.3. Фторирование.
 - 10.4. Средства и методы индивидуальной гигиены полости рта.
 - 10.5. Профилактика кариеса зубов.
 - 10.6. Профилактика болезней пародонта.
 - 10.7. Профилактика болезней СОПР.
11. Ортодонтия.
 - 11.1. Общие сведения о диагностике, лечении и профилактике аномалий развития и деформации зубов, зубных рядов и челюстей.
 - 11.1.1. Аномалии прикуса.

Обучающийся должен уметь: применять знания, которые требуются для ведения пациентов с заболеваниями зубов, пародонта, СОПР и языка, диагностики, лечения и профилактики. При обучении процедурам/манипуляциям необходимо:

- достичь точного их выполнения в соответствии со стандартом;
- уметь определять показания и противопоказания;
- уметь прогнозировать и выявлять побочные эффекты, осложнения и оказывать помощь при их возникновении.

Обучающийся должен владеть:

Историей болезни пациентов с патологическими состояниями/заболеваниями зубов, пародонта, СОПР и языка:

1. Опрос (жалобы, анамнез).
2. Методика обследования полости рта, зубов, пародонта, СОПР и языка (осмотр, перкуссия, пальпация).

3. Оценка прикуса.

Оказанием неотложной помощи пациентам с травмами челюстно-лицевой области:

1. Вывих нижней челюсти.
2. Перелом костей лица.
3. Ушиб мягких тканей лица.

Навыками проведения консультации:

1. Обучение пациентов (взрослых и детей) индивидуальной гигиене полости рта.
2. Профилактические рекомендации пациентам (взрослым и детям).
 - 2.1. Профилактика кариеса.
 - 2.2. Профилактика болезней пародонта.
 - 2.3. Профилактика заболеваний СОПР.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

2. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Проведение клинического обследования зубов, пародонта, СОПР и языка в условиях ОВП.
2. Распространенность основных состояний/заболеваний зубов, пародонта, СОПР и языка в популяции и в регионе с учетом возраста, уметь их выявлять на ранних этапах и лечить.
3. Профилактика наиболее часто встречающихся состояний/заболеваний зубов, пародонта, СОПР и языки и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Консультирование пациентов (взрослых и детей) по вопросам индивидуальной гигиены полости рта.
5. Неотложная догоспитальная помощь пациентам с травмами челюстно-лицевой области.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (осмотр полости рта) по алгоритму под контролем преподавателя.

3. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач: предварительный диагноз, тактика осмотра и ведения ВОП, критерии тяжести и угрожающие признаки, неотложная помощь

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача 1.

Юноша Д., 16 лет.

Жалобы на боль в области нижней челюсти с двух сторон, кровотечение из полости рта, невозможность плотного смыкания зубных рядов.

Из анамнеза: около получаса назад в драке получил удар кулаком в область нижней челюсти справа. Сознание не терял.

Составьте предварительный диагноз. Тактика осмотра и ведения ВОП. Консультации других специалистов. Укажите, какие дополнительные диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза. Укажите возможные результаты дополнительного обследования.

Поставьте заключительный диагноз.

Составьте несколько вариантов лечения.

Ответ:

1. Двухсторонний перелом тела нижней челюсти? Сотрясение головного мозга?
3. Осмотр лица с целью выявления асимметрии его нижнего отдела, внешних повреждений кожи, гематомы в области удара. Пальпация с целью выявить ступеньки по краю тела челюсти. Проверить симптомы сдавливания: в области углов вертикально вверх, к средней линии, и в области подбородка при полукрытом рте.

Определить наличие ограничения открывания рта. Установить возможность осуществлять вертикальные и боковые движения нижней челюсти, пальпаторно определить движения суставных головок с целью выявления повреждения мышечковых отростков.

Провести осмотр слизистой оболочки полости рта, исключить ушибы и рваные раны слизистой оболочки полости рта. Определить соотношение зубов, плотность смыкания зубов. Осмотреть органы полости рта (язык), дно полости рта.

Для исключения переломов в области мышечковых отростков и ветвей нижней челюсти необходимо провести дополнительное рентгенологическое исследование – рентгенограммы костей лицевого черепа в прямой и обеих боковых проекциях, томограммы ВНЧС.

Осмотр невропатолога.

Двухсторонний открытый перелом тела нижней челюсти в области зачатков зубов 38, 48.

Лечение можно проводить двумя вариантами. Если соотношение зубов не нарушено, т.е. перелом без смещения, под обезболиванием накладывается шина Тигерштедта на верхнюю и нижнюю челюсти и проводится межчелюстная иммобилизация на 30 дней.

При смещении фрагментов репозицию целесообразно проводить хирургическим методом. В стационаре под наркозом внутривитальным доступом (с предварительно наложенными шинами на верхнюю и нижнюю челюсти) проводят репозицию фрагментов по линии перелома. Сопоставленные фрагменты под визуальным контролем фиксируют при помощи титановых мини-пластин и саморезов. Рана ушивается. На 2-е сутки проводится иммобилизация челюстей.

Задача 2.

Ребенок Ж., 3 года 6 месяцев.

Жалобы: на ограничение открывания рта, деформацию нижнего отдела лица.

Анамнез заболевания: на первом году жизни перенес 4 раза правосторонний гнойный отит. Деформацию нижней челюсти заметили 1,5 года, к 2 годам появилось резкое ограничение открывания рта.

St. loc.: при осмотре определяется изменение конфигурации лица за счет припухлости правой щеки, смещения центра подбородка вправо. Открывание рта ограничено до 0,8 см, боковые движения отсутствуют.

Косметический центр по резцам смещен вправо на 0,7 см.

Задания:

Поставьте предварительный диагноз.

Тактика ведения ребенка ВОП.

Ответ:

Предварительный диагноз – вторичный деформирующий остеоартроз правого височно – нижнечелюстного сустава.

Больному необходимо назначить консультацию челюстно-лицевого хирурга, провести рентгенологическое обследование: правого и левого височно – нижнечелюстных суставов с целью выявления деформации суставной головки.

Клиническая задача №3

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

В амбулаторию ВОП доставили больного с жалобами на боль в средней трети лица, усиливающуюся при попытке смыкания зубов, головную боль, головокружение, тошноту.

Из анамнеза: час назад упал с крыши сарая, ударился лицом о лежащие на земле бревна. При внешнем осмотре: рот полуоткрыт, лицо уплощено и удлинено, изо рта и носа вытекает кровь. На коже лица и слизистой оболочке верхней губы – рвано-ушибленная рана. Симптом очков.

1. Ваш предварительный диагноз? Какие симптомы будете использовать для подтверждения диагноза при отсутствии рентгеновского аппарата?
2. Как объясните внешний вид больного?
3. Какова Ваша тактика при оказании первой помощи больному? Куда и в каком положении направите больного.

Задача 2.

В центральную районную больницу в 18¹⁵ доставлен больной с жалобами на общую слабость, высокую температуру тела (38⁰ С), болезненную припухлость в левой подчелюстной области.

Из анамнеза выяснено, что после переохлаждения больного 3 дня назад заболел 6 зуб, к врачу за помощью не обращался, лечился анальгетиками, полоскал фурацилином. Через 2 дня от начала заболевания появились, а затем стали нарастать острые воспалительные явления со стороны нижней челюсти слева.

При осмотре больного: общее состояние средней тяжести. Температура тела 38⁰С, пульс ритмичный 100 ударов в минуту. Местно: в левой подчелюстной области плотный болезненный инфильтрат, коллатеральный отек. Кожа в области инфильтрата гипермирована лоснится в складку не собирается,

определяется участок флюктуации. Со стороны полости рта воспалительные явления выражены незначительно. Коронка зуба 6 разрушена, перкуссия его положительна.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Этиология и патогенез этого заболевания?
3. Алгоритм тактических и лечебных мероприятий.

Задача 3. К ВОП обратился больной К. 27 лет с жалобами на озноб, высокую температуру тела 39 С, тошноту, резкие рвущие боли на верхней губе.

При осмотре наблюдается асимметрия лица слева за счет отека мягких тканей верхней губы. Пальпаторно определяется инфильтрат, распространяющийся на соседние ткани (на крыло и основание носа, щечную и подглазничную области). Кожа над ними гиперемирована, спаяна. На поверхности кожи определяются три приподнятые папулы, заполненные серозной жидкостью. Слизистая оболочка полости рта и твердых тканей зубов без видимых патологических изменений.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте лабораторные методы исследования.
3. С какими группами заболеваний необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Определите лечебную тактику у больного.
5. Назовите осложнения данной патологии.
6. Определите прогноз для лечения.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы ординаторов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Этиология и патогенез кариеса зубов, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта;
 2. Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта;
 3. Основные клинические синдромы кариеса зубов, заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта.
 4. Проведение клинического обследования зубов, пародонта, СОПР и языка в условиях ОВП.
 5. Профилактика наиболее часто встречающихся состояний/заболеваний зубов, пародонта, СОПР и языка и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
 6. Консультирование пациентов (взрослых и детей) по вопросам индивидуальной гигиены полости рта.
 7. Неотложная догоспитальная помощь пациентам с травмами челюстно-лицевой области.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Укажите номер правильного ответа

180. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей 2-3 лет является инфекция:
 - 1) одонтогенная;
 - 2) неодонтогенная.
181. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей 6-8 лет является инфекция:
 - 1) одонтогенная;
 - 2) неодонтогенная.
182. У детей 2-3 лет среди указанных причин острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает инфекция:
 - 1) посттравматическая;
 - 2) ОРВИ;
 - 3) одонтогенная.
183. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:

- 1) 2-3 лет;
- 2) 3-4 лет;
- 3) 6-8 лет.

184. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

- 1) 32 31 41 42;
- 2) 12 11 21 22;
- 3) 55 54 64 65;
- 4) 75 74 84 85;
- 5) 16 26 36 46.

185. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 10-14 лет являются зубы:

- 1) 15 14 24 25;
- 2) 35 34 44 45;
- 3) 16 26;
- 4) 36 46.

186. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

- 1) зубы 16 55 54 64 65 26;
- 2) зубы 36 75 74 84 85 46;
- 3) ОРВИ и детские инфекционные заболевания;
- 4) заболевания ЛОР- органов.

187. Гематогенный остеомиелит наблюдается чаще в области челюсти:

- 1) нижней;
- 2) верхней.

188. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей являются зубы:

- 1) 12 11 21 22;
- 2) 23 13 41 42;
- 3) 16 55 54 64 65 26;
- 4) 46 85 84 74 75 36.

189. У детей среднего старшего возраста преобладает остеомиелит этиологии:

- 1) посттравматической;
- 2) одонтогенной;
- 3) гематогенной.

190. Одонтогенный остеомиелит у детей наблюдается чаще в области челюсти:

- 1) нижней ;
- 2) верхней.

191. Наличие субпериостального абсцесса с двух сторон альвеолярного отростка характерно для:

- 1) острого серозного периостита;
- 2) острого гнойного периостита;
- 3) острого остеомиелита.

192. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

- 1) стафилококками;
- 2) микобактериями туберкулеза;
- 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком.

193. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

- 1) стрептококком в сочетании со стафилококком;
- 2) палочкой Коха;
- 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком.

194. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

- 1) стафилококком;
- 2) лучистым грибом;
- 3) стрептококком.

195. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

- 1) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком;
- 2) анаэробной и кокковой флорой;
- 3) бледной трепонемой.

196. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:
- 1) срочной госпитализации;
 - 2) дезинтоксикационной терапии;
 - 3) хирургической помощи;
 - 4) иммунотерапии.
197. Неотложная помощь ребенку с острым гематогенным остеомиелитом заключается в:
- 1) антибактериальной терапии;
 - 2) срочной госпитализации и хирургической помощи в полном объеме;
 - 3) гипосенсибилизирующей терапии.
198. Неотложная помощь ребенку с аденофлегмоной заключается в:
- 1) иммунотерапии;
 - 2) антибактериальной терапии;
 - 3) срочной госпитализации и хирургической помощи в полном объеме.
199. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:
- 1) хирургической помощи;
 - 2) антибактериальной терапии;
 - 3) противовоспалительной терапии.
200. При оказании неотложной хирургической помощи ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти в определенной клинической ситуации возможно отложить:
- 1) вскрытие субпериостального абсцесса;
 - 2) удаление причинного зуба;
 - 3) вскрытие флегмоны.
201. При остром серозном периостите причинный временный однокорневой зуб удаляется:
- 1) всегда;
 - 2) по показаниям.
202. При остром остеомиелите причинный временный однокорневой зуб удаляется:
- 1) по показаниям;
 - 2) всегда.
203. При остром гнойном периостите причинный временный однокорневой зуб удаляется:
- 1) всегда;
 - 2) по показаниям.
204. При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется:
- 1) по показаниям;
 - 2) всегда.
205. При остром гнойном периостите причинный постоянный многокорневой зуб удаляется:
- 1) всегда;
 - 2) по показаниям.

Укажите номера правильных ответов

206. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей по этиологии делятся на:
- 1) острые;
 - 2) хронические;
 - 3) одонтогенные;
 - 4) неодонтогенные;
 - 5) специфические;
 - 6) хронические в стадии обострения.
207. Остеомиелиты челюстных костей у детей по клиническому течению делятся на:
- 1) одонтогенные;
 - 2) травматические;
 - 3) острые;
 - 4) хронические;
 - 5) специфические;
 - 6) хронические в стадии обострения.
208. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей по клиническому течению делятся на:
- 1) одонтогенные;
 - 2) ларингогенные;
 - 3) специфические;
 - 4) острые;

- 5) хронические;
 - 6) хронические в стадии обострения.
209. Показания к секвестрэктомии у детей являются:
- 1) наличие секвестральной капсулы;
 - 2) погибшие зачатки зубов;
 - 3) крупные секвестры;
 - 4) секвестр, расположенный вне зоны роста, у детей до 10 лет;
 - 5) стойкий белок в моче.
210. Остеомиелиты челюстных костей у детей по этиологии делятся на:
- 1) острые;
 - 2) хронические;
 - 3) специфические;
 - 4) одонтогенные;
 - 5) травматические;
 - 6) хронические в стадии обострения.
211. Периоститы челюстных костей по этиологии делятся на:
- 1) хронические;
 - 2) острые;
 - 3) одонтогенные;
 - 4) травматические;
 - 5) хронические в стадии обострения.

ОТВЕТЫ:

- 180-2
- 181-1
- 182-2
- 183-3
- 184-4
- 185-4
- 186-2
- 187-2
- 188-4
- 189-2
- 190-1
- 191-3
- 192-2
- 193-2
- 194-2
- 195-3
- 196-3
- 197-2
- 198-3
- 199-1
- 200-2
- 201-2
- 202-2
- 203-1
- 204-2
- 205-2
- 206-3,4,5
- 207-3,4,6
- 208-4,5,6
- 209-2,3,5
- 210-3,4,5
- 211-3,4

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Укажите номер правильного ответа

253. У детей, больных хроническим рецидивирующим паренхиматозным паротитом, в анамнезе выявляется перенесенный острый эпидемический паротит:
- 1) всегда;
 - 2) иногда.
254. Хронический рецидивирующий паренхиматозный паротит заболевание:
- 1) контагиозное;
 - 2) неконтагиозное.
255. Для острого эпидемического паротита симметричное поражение обеих желез:
- 1) характерно;
 - 2) не характерно.
256. Для хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита симметричное поражение обеих слюнных желез является признаком:
- 1) обязательным;
 - 2) необязательным.
257. Симметричное поражение обеих околоушных слюнных желез более характерно для паротита:
- 1) хронического рецидивирующего паренхиматозного;
 - 2) острого эпидемического.
258. Гнойное расплавление паренхимы железы в период обострения хронического рецидивирующего паротита – явление:
- 1) частое;
 - 2) редкое;
 - 3) крайне редкое.
259. Чередование периодов обострения и ремиссии характерно для паротита:
- 1) острого эпидемического;
 - 2) хронического паренхиматозного.
260. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков, страдающих:
- 1) хроническим паренхиматозным паротитом;
 - 2) острым эпидемическим паротитом;
 - 3) калькулезным сиалоаденитом.
261. Гнойное расплавление паренхимы железы характерно для паротита:
- 1) острого эпидемического;
 - 2) хронического рецидивирующего паренхиматозного;
 - 3) новорожденных.
262. Клинические симптомы паротита новорожденных наиболее близки к симптомам:
- 1) острого эпидемического паротита;
 - 2) гематогенного остеомиелита мышечного отростка нижней челюсти;
 - 3) хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита;
 - 4) калькулезного сиалоаденита.
263. Хирургический метод наиболее часто применяется при лечении паротита:
- 1) острого эпидемического;
 - 2) новорожденных;
 - 3) хронического рецидивирующего паренхиматозного.
264. Выделение гнойного секрета из устья выводного протока околоушной слюнной железы характерно для паротита:
- 1) острого эпидемического;
 - 2) хронического рецидивирующего паренхиматозного.
265. Калькулезный сиалоаденит преимущественно развивается в железах:
- 1) околоушных;
 - 2) поднижнечелюстных.
266. Почечнокаменная болезнь может сопутствовать:
- 1) калькулезному сиалоадениту;
 - 2) острому эпидемическому паротиту;
 - 3) хроническому рецидивирующему паренхиматозному паротиту.
267. Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:

- 1) околоушных слюнных желез;
 - 2) подъязычных слюнных желез;
 - 3) поднижнечелюстных слюнных желез;
 - 4) малых слюнных желез;
 - 5) ответы 1+2.
268. Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:
- 1) щек;
 - 2) верхней губы;
 - 3) нижней губы;
 - 4) кончика языка;
 - 5) нижней поверхности языка.
269. Ретенционные кисты Блан-дин-Нунна расположены на слизистой оболочке:
- 1) щек;
 - 2) верхней губы;
 - 3) нижней губы;
 - 4) мягкого неба;
 - 5) нижней поверхности языка.
270. Термином «ранула» обозначались ретенционные кисты в области:
- 1) дна рта;
 - 2) щек;
 - 3) верхней губы;
 - 4) нижней губы;
 - 5) кончика языка.
271. Метод лечения ретенционных кист слюнных желез – это:
- 1) физиотерапевтический;
 - 2) склерозирующая терапия;
 - 3) криотерапия;
 - 4) хирургический;
 - 5) ответы 1+2.
272. Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез – это:
- 1) цистотомия;
 - 2) цистэктомия;
 - 3) цистаденэктомия;
 - 4) криотерапия;
 - 5) склерозирование.
273. Наиболее часто возникают рецидивы после удаления ретенционных кист малых слюнных желез:
- 1) слизистой оболочки верхней губы;
 - 2) слизистой оболочки нижней губы;
 - 3) Блан-дин-Нунна;
 - 4) слизистой оболочки мягкого и твердого неба.
274. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является:
- 1) клинический;
 - 2) контрастная рентгенография;
 - 3) эхография;
 - 4) пункция;
 - 5) томография.
275. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:
- 1) подъязычных;
 - 2) поднижнечелюстных;
 - 3) околоушных;
 - 4) малых слизистой оболочки полости рта;
 - 5) ответы 1+2.
276. Комбинированный метод лечения рекомендуется при:
- 1) аденолимфоме;
 - 2) плеоморфной аденоме;

- 3) мукоэпидермоидной опухоли;
 - 4) ретенционной кисте поднижнечелюстной слюнной железы;
 - 5) ответы 1+2.
277. Комбинированный метод лечения – это:
- 1) хирургический + физиотерапевтический;
 - 2) криотерапия + хирургический;
 - 3) склерозирующая терапия + хирургический;
 - 4) лучевая терапия + хирургический;
 - 5) хирургический + лекарственная терапия.
278. Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на слюнной железе:
- 1) поднижнечелюстной;
 - 2) околоушной;
 - 3) подъязычной;
 - 4) малой слизистой оболочки щеки;
 - 5) ответы 1+3.
279. Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на основании результата:
- 1) томографии;
 - 2) контрастной рентгенографии;
 - 3) открытой хирургической биопсии;
 - 4) пункционной биопсии;
 - 5) морфологического исследования послеоперационного материала.
280. Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:
- 1) удовлетворительное общее состояние ребенка;
 - 2) характерная консистенция железы;
 - 3) выделения гноя из устья выводного протока;
 - 4) поражение одной железы;
 - 5) поражение обеих желез.
281. Слюннокаменная болезнь у детей чаще поражает слюнные железы:
- 1) малые;
 - 2) околоушные;
 - 3) подъязычные;
 - 4) поднижнечелюстные;
 - 5) ответы 2+4.
282. Хирургический метод является методом выбора при лечении паротита:
- 1) острого эпидемического;
 - 2) хронического рецидивирующего вне обострения;
 - 3) хронического рецидивирующего в стадии обострения;
 - 4) новорожденных.

Укажите номера всех правильных ответов

283. Для острого эпидемического паротита характерны симптомы:
- 1) гнойное расплавление тканей железы;
 - 2) симметричное увеличение обеих желез;
 - 3) консистенция тестовато - пастозная;
 - 4) консистенция плотная, бугристая;
 - 5) возможно одновременное поражение поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез.
284. Для хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита в стадии ремиссии характерны симптомы:
- 1) консистенция железы тестовато - пастозная;
 - 2) консистенция железы бугристая эластичная;
 - 3) выделение гноя или секрета с примесью гноя из устья протока;
 - 4) секрет желеобразный, иногда с прожилками или мутный;
 - 5) боли, усиливающиеся при приеме пищи.
285. Наиболее высокая заболеваемость хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита приходится на возрастные группы детей:

- 1) 2-4 года;
 - 2) 4-6 лет;
 - 3) 6-8 лет;
 - 4) 8-10 лет.
286. Для обострения хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита характерны симптомы:
- 1) одновременное поражение поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез;
 - 2) гиперемия кожи над пораженной железой;
 - 3) из протока выделяется чистый прозрачный секрет;
 - 4) из протока выделяется гной или секрет с примесью гноя;
 - 5) железа тестовато – пастозная;
 - 6) железа плотная, бугристая.
287. При хроническом рецидивирующем паренхиматозном паротите поражаются:
- 1) железистые клетки;
 - 2) паренхима железы;
 - 3) выводные протоки слюнных желез.
288. При хроническом рецидивирующем паренхиматозном паротите на контрастной сиалограмме выявляются:
- 1) дефект наполнения;
 - 2) округлые полости на месте протоков 3-4 порядка;
 - 3) протоки 1-2-3-4-5- порядков не контрастируются;
 - 4) расширение основного выводного протока.
289. Лечение хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита в период обострения включает:
- 1) антибактериальную терапию;
 - 2) противовоспалительную терапию;
 - 3) хирургическое лечение;
 - 4) введение 30% раствора йодолипола в проток железы;
 - 5) физиотерапевтическое лечение;
 - 6) гипосенсибилизирующую терапию.
290. Для хронического калькулезного паротита характерны следующие симптомы:
- 1) усиление болей при приеме пищи;
 - 2) пастозно – тестоватая консистенция железы;
 - 3) задержка или отсутствие выделения секрета из протока слюнной железы;
 - 4) наличие уплотнения по ходу протока;
 - 5) свободное выделение секрета из протока железы;
 - 6) периодическое увеличение объема слюнной железы.

ОТВЕТЫ:

253-2	279-5
254-2	280-3
255-1	281-4
256-2	282-4
257-2	283-2,3,5
258-3	284-2,4
259-2	285-2,3,4
260-2	286-2,4,6
261-3	287-2,3
262-2	288-2,4
263-2	289-1,2,5,6
264-2	290-1,3,4,6
265-2	
266-1	
267-4	
268-3	
269-5	
270-1	
271-4	
272-3	
273-3	
274-3	
275-3	
276-3	
277-4	
278-2	

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Укажите номер правильного ответа

299. К первично-костным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:
- 1) привычный вывих;
 - 2) остеоартрит;
 - 3) деформирующий юношеский артроз;
 - 4) болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.
300. К группе первично-костных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава относится:
- 1) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;
 - 2) привычный вывих;
 - 3) врожденная аплазия сустава;
 - 4) хронический артрит.
301. К первично-костным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:
- 1) острый артрит;
 - 2) неоартроз;
 - 3) привычный вывих;
 - 4) хронический артрит.
302. Причиной деформации нижней трети лица при анкилозе одного височно-нижнечелюстного сустава является:
- 1) парез лицевого нерва;
 - 2) недоразвитие ветви и тела нижней челюсти на стороне поражения;
 - 3) чрезмерное развитие тела и ветви челюсти на противоположной стороне;
 - 4) гемигипертрофия жевательной мышцы на стороне поражения.
303. При вторичном деформирующем остеоартрозе правого височно-нижнечелюстного сустава средняя линия подбородка смещена:
- 1) влево;
 - 2) вправо.
304. При анкилозе обоих височно-нижнечелюстных суставов подбородочный отдел челюсти смещен:
- 1) влево;
 - 2) вправо;
 - 3) назад;
 - 4) вперед.
305. При анкилозе правого височно-нижнечелюстного сустава правый угол рта:
- 1) опущен;
 - 2) приподнят;
 - 3) симметричен правому углу;
 - 4) поперечно растянут.
306. Основным методом лечения детей с первично-костными заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов является:
- 1) физиотерапия в сочетании с миогимнастикой;
 - 2) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиотерапией;
 - 3) хирургическое в комплексе с ортодонтическим лечением;
 - 4) межчелюстная фиксация в сочетании с физиотерапией.
307. При вторичном деформирующем остеоартрозе обоих височно-нижнечелюстных суставов ребенку 5 лет показана:
- 1) остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением по Лимбергу;
 - 2) остеотомия ветвей челюсти с одномоментной костной пластикой.
308. При вторичном деформирующем остеоартрозе одного височно-нижнечелюстного сустава больному 14 лет показана:
- 1) остеотомия ветви челюсти с последующим скелетным вытяжением;
 - 2) остеотомия ветви челюсти с одномоментной костной пластикой.
309. Больному 14 лет с анкилозом обоих височно-нижнечелюстных суставов показана:
- 1) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением;
 - 2) остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой.
310. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) неоартроз;
 - 2) деформирующий юношеский артроз;
 - 3) остеоартрит;
 - 4) аплазия мышечного отростка нижней челюсти.
311. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава свойственны детям телосложения:
- 1) нормостенического;
 - 2) гиперстенического;
 - 3) астенического.
312. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава чаще встречаются в возрастной группе детей:
- 1) 8-11 лет;
 - 2) 12-15 лет;
 - 3) 3-7 лет.
313. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава наблюдается чаще у:
- 1) мальчиков;
 - 2) девочек.
314. Привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава в юношеском возрасте проявляется смещением суставной головки:
- 1) кнаружи;
 - 2) назад;
 - 3) вперед.
315. Наиболее информативным методом рентгенологического исследования височно-нижнечелюстного сустава при юношеской дисфункции является:
- 1) панорамный;
 - 2) томография ВНЧС;
 - 3) магнитно-резонансная томография ВНЧС.
316. Смещение нижней челюсти при открывании рта ребенком с привычным вывихом левого височно-нижнечелюстного сустава происходит:
- 1) влево;
 - 2) вправо.
317. Девиация челюсти у ребенка с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны при закрывании рта происходит в сторону:
- 1) поражения;
 - 2) противоположную поражению.
318. Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава:
- 1) расширена равномерно;
 - 2) расширена неравномерно;
 - 3) сужена равномерно;
 - 4) сужена неравномерно.
319. Для функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава диспропорция роста опорно-двигательного аппарата ребенка:
- 1) характерна;
 - 2) нехарактерна.
320. Патогенетически функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава между собой:
- 1) не связаны;
 - 2) связаны.
321. Чрезмерная подвижность суставной головки нижней челюсти для деформирующего юношеского артроза:
- 1) характерно;
 - 2) нехарактерно.
322. Деформация суставной головки, сглаженность суставной ямки, бугорка рентгенологическими признаками хронического артрита:
- 1) являются;
 - 2) не являются.
323. Симптом «хруста» в момент открывания рта имеет место при:
- 1) вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава;

- 2) привычном вывихе суставной головки;
 - 3) хроническом артрите.
325. Симптом «щелчка» при открывании рта характерен для:
- 1) вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава;
 - 2) привычного вывиха суставной головки;
 - 3) хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава.
326. Укрепление тонуса мышечно-связочного аппарата является основной целью при лечении:
- 1) вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава;
 - 2) дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.
327. В комплексе лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяется:
- 1) працевидная повязка;
 - 2) механотерапия.

Укажите все правильные ответы

328. К первично-костным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:
- 1) анкилоз;
 - 2) привычный вывих;
 - 3) остеоартрит;
 - 4) болевой синдром дисфункции;
 - 5) неоартроз;
 - 6) вторичный деформирующий остеоартроз.
329. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:
- 1) анкилоз;
 - 2) привычный вывих;
 - 3) остеоартрит;
 - 4) болевой синдром дисфункции;
 - 5) юношеский деформирующий артроз;
 - 6) неоартроз.
330. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:
- 1) хронический артрит;
 - 2) привычный вывих;
 - 3) аплазия височно-нижнечелюстного сустава;
 - 4) юношеский деформирующий артроз;
 - 5) неоартроз.
331. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:
- 1) артрит (острый, хронический);
 - 2) остеоартрит;
 - 3) юношеский деформирующий артроз;
 - 4) анкилоз;
 - 5) привычный вывих головки сустава;
 - 6) неоартроз.
322. Привычный вывих головки височно-нижнечелюстного сустава часто сочетается с:
- 1) плоскостопием;
 - 2) врожденными пороками сердца;
 - 3) дискинезией желчных путей;
 - 4) сколиозом.
333. У больного с привычным вывихом головки височно-нижнечелюстного сустава при движениях нижней челюсти определяется:
- 1) щелканье;
 - 2) девиация;
 - 3) ринолалия;
 - 4) крепитация;
 - 5) смещение суставной головки вперед;
 - 6) флюктуация;
 - 7) западение кпереди от козелка уха на стороне поражения.
334. При лечении функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава назначают:
- 1) щадящую диету;

- 2) механотерапию;
 - 3) пращевидную повязку;
 - 4) антибактериальную терапию;
 - 5) электрофорез йодида калия;
 - 6) противовоспалительную терапию.
335. Острый артрит клинически характеризуется:
- 1) болями в области височно-нижнечелюстного сустава;
 - 2) чрезмерной подвижностью нижней челюсти;
 - 3) ограничением открыванием рта;
 - 4) хрустом;
 - 5) болезненностью при пальпации области височно-нижнечелюстного сустава.
336. При деформирующем юношеском артрозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически определяются:
- 1) неравномерное сужение суставной щели;
 - 2) расширение суставной щели;
 - 3) деформация суставной головки;
 - 4) уплощение суставного бугорка и суставной ямки;
 - 5) очаги остеоэктоза в головке нижней челюсти.
337. Для лечения острого и обострения хронического артрита назначают:
- 1) щадящую диету;
 - 2) ограничение подвижности челюсти;
 - 3) механотерапию;
 - 4) седативные препараты;
 - 5) противовоспалительную терапию;
 - 6) жесткую пищу.
338. В комплекс лечения детей с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава входят:
- 1) щадящая диета;
 - 2) наложение пращевидной повязки;
 - 3) механотерапия;
 - 4) физиотерапия;
 - 5) антибактериальная терапия;
 - 6) остеотомия ветви нижней челюсти.
339. В комплекс лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом входят:
- 1) механотерапия;
 - 2) ортодонтическое лечение;
 - 3) хирургическое лечение;
 - 4) логопедическое лечение;
 - 5) физиолечение.

ОТВЕТЫ:

299-2	335-1,3,5
300-3	336-1,3,4,5
301-2	337-1,2,4,5
302-2	338-1,2,4
303-2	339-2,3,5
304-3	
305-2	
306-3	
307-2	
308-2	
309-2	
310-2	
311-3	
312-2	
313-2	
314-3	
315-3	
316-2	
317-1	
318-4	
319-1	
320-2	
321-2	
322-2	
323-1	
324-3	
325-2	
326-2	
327-1	
328-1,3,5,6	
329-2,4,5	
330-1,2,4	
331-1,3,5	
332-1,4	
333-1,2,5,7	
334-1,3,5,6	

Рекомендуемая литература:

Основная:

38. Семейная медицина. Избранные лекции /Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017.
39. Клиническая фармакология: нац. руководство /Под ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. М., 2012.

Дополнительная:

34. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. / Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк. Пер с англ. М: ГЕОТАР_Медиа, 2013.

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине (модулю)

«Общая врачебная практика (семейная медицина)»

Специальность 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)
(очная форма обучения)

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
УК-1	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	основные принципы, законы и категории знаний в их логической целостности и последовательности	приобретать систематические знания в области медицинской науки, анализировать возникающие в процессе научного исследования проблемы с точки зрения современных научных парадигм, осмысливать и делать обоснованные выводы из новой научной и учебной литературы, результатов экспериментов, происходящих в мире глобальных событий	способностью абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать получаемую информацию.	Раздел 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15	1-4
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также	определение понятия "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи; социально-гигиенические и медицинские аспекты профилактики наркоманий, токсикоманий, злоупотребления лекарственными препаратами, злоупотребления алкоголем, табакокурения; определения понятий "профилактика", "медицинская профилактика", "предболезнь", "болезнь";	осуществлять мероприятия, направленные на профилактику часто встречающихся заболеваний внутренних органов	методикой индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	Раздел 4,6,7,8,10	1-4

	направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; принципы консультирования пациентов; программы физической активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей; основы рационального питания				
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; основы диспансеризации и диспансерного наблюдения за пациентами	проводить диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с распространенными заболеваниями внутренних органов	методикой диспансерного наблюдения за пациентами в амбулаторно-поликлинических условиях. Оценкой эффективности профилактических мероприятий Оценка эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности	Раздел 4,5,6,7,9	1-4
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, синдромов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	этиологию и патогенез наиболее распространенных заболеваний человека; особенности проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей показания к направлению на консультацию специалиста.	Уметь проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни; Проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства.	Методами и технологиями диагностики и скрининга болезней человека	Раздел 2,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15	1-4
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины)	Принципы осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципы оказания ПМСП с наиболее рациональным использованием ресурсов здравоохранения.	разделять и классифицировать проблемы пациента Оказывать ПМСП по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей	Методиками организации маршрута пациента, ведения и лечения пациентов в амбулаторном звене	Раздел 4,5,6,7,8,9,12,13,14	1-4
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной	Теоретические основы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других	осуществлять лечение распространенных заболеваний человека с учетом личностно-ориентированного подхода и в	Современными методами и технологиями лечебно-реабилитационной помощи в условиях ОВП	Раздел 4,5,7,9,12,13	1-4

	терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении на основе доказательной базы.	соответствии с требованиями действующих порядков, протоколов и стандартов			
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Концепцию здоровья. Современную методологию профилактической медицины. Систему жизненных ценностей пациента, уровня его понимания связи своих проблем с био-психо-социальными аспектами его жизни	Выявлять факторы риска, информировать и консультировать пациентов. Проводить связи настоящих и возможно будущих проблем пациента и его окружения с его поведением, образом жизни.	Методикой индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	Раздел 3,4	1-4

2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
УК-1						
Знать	Не знает основные принципы, законы и категории знаний в их логической целостности и последовательности	Не в полном объеме знает основные принципы, законы и категории знаний в их логической целостности и последовательности, допускает существенные ошибки	Знает основные принципы, законы и категории знаний в их логической целостности и последовательности, допускает ошибки	Знает основные принципы, законы и категории знаний в их логической целостности и последовательности	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
Уметь	Не умеет приобретать систематические знания в области медицинской науки, анализировать возникающие в процессе научного исследования проблемы с точки зрения современных научных парадигм, осмысливать и делать обоснованные выводы из новой научной и учебной литературы, результатов	Частично освоено умение приобретать систематические знания в области медицинской науки, анализировать возникающие в процессе научного исследования проблемы с точки зрения современных научных парадигм, осмысливать и делать обоснованные выводы из новой научной и учебной литературы, результатов	Правильно использует умение приобретать систематические знания в области медицинской науки, анализировать возникающие в процессе научного исследования проблемы с точки зрения современных научных парадигм, осмысливать и делать обоснованные выводы из новой научной и учебной литературы, результатов, допускает ошибки	Самостоятельно использует умение приобретать систематические знания в области медицинской науки, анализировать возникающие в процессе научного исследования проблемы с точки зрения современных научных парадигм, осмысливать и делать обоснованные выводы из новой научной и учебной литературы, результатов	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
Владеть	Не владеет способностью абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать	Не полностью владеет способностью абстрактно мыслить, анализировать,	Способен использовать навыки абстрактного мышления, анализа, синтеза	Владеет навыками абстрактного мышления, анализа, синтеза, получаемой информации	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических	решение тестовых заданий, выполнение практических

	получаемую информацию	синтезировать получаемую информацию	получаемой информации		кейсов, написание учебной МКАП	навыков, ситуационных задач, собеседование
ПК-1						
Знать	<p>Фрагментарные знания по определению понятий "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи;</p> <ul style="list-style-type: none"> • социально-гигиеническим и медицинским аспектам профилактики наркоманий, токсикоманий, злоупотреблению лекарственными препаратами, злоупотреблению алкоголем, табакокурению; определению понятий "профилактика", "медицинская профилактика", "предболезнь", "болезнь"; группам здоровья населения, видам профилактики, факторам риска возникновения распространенных заболеваний; принципам консультирования пациентов; программам физической активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей; основам рационального питания 	<p>Общие, но не структурированные знания по определению понятий "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи;</p> <ul style="list-style-type: none"> • социально-гигиеническим и медицинским аспектам профилактики наркоманий, токсикоманий, злоупотреблению лекарственными препаратами, злоупотреблению алкоголем, табакокурению; • определению понятий "профилактика", "медицинская профилактика" «предболезнь», "болезнь"; • группам здоровья населения, видам профилактики, факторам риска возникновения распространенных заболеваний; • принципам консультирования пациентов; • программ физической активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей; • основам рационального питания 	<p>Общие, но не структурированные знания по определению понятий "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи;</p> <ul style="list-style-type: none"> • социально-гигиеническим и медицинским аспектам профилактики наркоманий, токсикоманий, злоупотреблению лекарственными препаратами, злоупотреблению алкоголем, табакокурению; • определению понятий "профилактика", "медицинская профилактика" «предболезнь», "болезнь"; • группам здоровья населения, видам профилактики, факторам риска возникновения распространенных заболеваний; • принципам консультирования пациентов; • программ физической активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей; • основам рационального питания 	<p>Общие, но не структурированные знания по определению понятий "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи;</p> <ul style="list-style-type: none"> • социально-гигиеническим и медицинским аспектам профилактики наркоманий, токсикоманий, злоупотреблению лекарственными препаратами, злоупотреблению алкоголем, табакокурению; • определению понятий "профилактика", "медицинская профилактика" «предболезнь», "болезнь"; • группам здоровья населения, видам профилактики, факторам риска возникновения распространенных заболеваний; • принципам консультирования пациентов; • программ физической активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей; • основам рационального питания 	<p>решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП</p>	<p>решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование</p>
Уметь	<p>Частично освоенное умение осуществлять мероприятия, направленные на профилактику часто встречающихся заболеваний внутренних органов</p>	<p>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение осуществлять мероприятия, направленные на профилактику часто встречающихся заболеваний внутренних органов</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение осуществлять мероприятия, направленные на профилактику часто встречающихся заболеваний внутренних органов</p>	<p>Сформированное умение осуществлять мероприятия, направленные на профилактику часто встречающихся заболеваний внутренних органов</p>	<p>решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП</p>	<p>решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование</p>
Владеть	<p>Фрагментарное применение методики</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные</p>	<p>Успешное и систематическое применение</p>	<p>решение тестовых заданий,</p>	<p>решение тестовых заданий,</p>

	индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	применение методики индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	пробелы применения методики индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	методики индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
ПК-2						
Знать	Фрагментарные знания групп здоровья населения, видов профилактики, факторов риска возникновения распространенных заболеваний; основ диспансеризации и диспансерного наблюдения за пациентами	Общие, но не структурированные знания групп здоровья населения, видов профилактики, факторов риска возникновения распространенных заболеваний; основ диспансеризации и диспансерного наблюдения за пациентами	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания групп здоровья населения, видов профилактики, факторов риска возникновения распространенных заболеваний; основ диспансеризации и диспансерного наблюдения за пациентами	Сформированные систематические знания групп здоровья населения, видов профилактики, факторов риска возникновения распространенных заболеваний; основ диспансеризации и диспансерного наблюдения за пациентами	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение проводить диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с распространенными заболеваниями внутренних органов	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с распространенными заболеваниями внутренних органов	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с распространенными заболеваниями внутренних органов	Сформированное умение проводить диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с распространенными заболеваниями внутренних органов	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение методики диспансерного наблюдения за пациентами в амбулаторно-поликлинических условиях. Оценки эффективности профилактических мероприятий Оценки эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности	В целом успешное, но не систематическое применение методики диспансерного наблюдения за пациентами в амбулаторно-поликлинических условиях. Оценки эффективности профилактических мероприятий Оценки эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методики диспансерного наблюдения за пациентами в амбулаторно-поликлинических условиях. Оценки эффективности профилактических мероприятий Оценки эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности	Успешное и систематическое применение методики диспансерного наблюдения за пациентами в амбулаторно-поликлинических условиях. Оценки эффективности профилактических мероприятий Оценки эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
ПК-5						
Знать	Фрагментарные знания этиологии и патогенеза наиболее распространенных заболеваний человека;	Общие, но не структурированные знания этиологии и патогенеза наиболее	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии и патогенеза наиболее	Сформированные систематические знания этиологии и патогенеза наиболее	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов,	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков,

	особенностей проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей показаний к направлению на консультацию специалистам	распространенных заболеваний человека; особенностей проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей показаний к направлению на консультацию специалиста.	распространенных заболеваний человека; особенностей проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей показаний к направлению на консультацию специалиста.	распространенных заболеваний человека; особенностей проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей показаний к направлению на консультацию специалиста.	написание учебной МКАП	ситуационных задач, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни; Проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни; Проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни; Проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства	Сформированное умение проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни; Проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполненные практических навыков, ситуационных задач, собеседование
Владеть	Фрагментарное владение методами и технологиями диагностики и скрининга болезней человека	В целом успешное, но не систематическое владение методами и технологиями диагностики и скрининга болезней человека	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение методами и технологиями диагностики и скрининга болезней человека	Успешное и систематическое владение методами и технологиями диагностики и скрининга болезней человека	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполненные практических навыков, ситуационных задач, собеседование
ПК-6						
Знать	Фрагментарные знания принципов осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципов оказания ПМСП с наиболее рациональным использованием ресурсов здравоохранения	Общие, но не структурированные знания принципов осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципов оказания ПМСП с наиболее рациональным использованием ресурсов здравоохранения	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания. принципов осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципов оказания ПМСП с наиболее рациональным использованием ресурсов здравоохранения	Сформированные систематические знания принципов осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципов оказания ПМСП с наиболее рациональным использованием ресурсов здравоохранения.	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполненные практических навыков, ситуационных задач, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение разделять и классифицировать проблемы пациента.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разделять и	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разделять и	Сформированное умение разделять и классифицировать проблемы пациента. Оказывать	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических	решение тестовых заданий, выполненные практических

	Оказывать ПМСП по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей	классифицировать проблемы пациента. Оказывать ПМСП по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей	классифицировать проблемы пациента. Оказывать ПМСП по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей	ПМСП по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей	кейсов, написание учебной МКАП	навыков, ситуационных задач, собеседования
Владеть	Фрагментарное применение методик организации маршрута пациента, ведения и лечения пациентов в амбулаторном звене	В целом успешное, но не систематическое применение методик организации маршрута пациента, ведения и лечения пациентов в амбулаторном звене	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения методик организации маршрута пациента, ведения и лечения пациентов в амбулаторном звене	Успешное и систематическое применение методик организации маршрута пациента, ведения и лечения пациентов в амбулаторном звене.	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседования
ПК-8						
Знать	Фрагментарные знания теоретических основ применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном на основе доказательной базы	Общие, но не структурированные знания теоретических основ применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном на основе доказательной базы	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания теоретических основ применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном на основе доказательной базы.	Сформированные систематические знания теоретических основ применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном на основе доказательной базы.	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседования
Уметь	Частично освоенное умение осуществлять лечение распространенных заболеваний человека с учетом личностно-ориентированного подхода и в соответствии с требованиями действующих порядков, протоколов и стандартов	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение осуществлять лечение распространенных заболеваний человека с учетом личностно-ориентированного подхода и в соответствии с требованиями действующих порядков, протоколов и стандартов	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение осуществлять лечение распространенных заболеваний человека с учетом личностно-ориентированного подхода и в соответствии с требованиями действующих порядков, протоколов и стандартов	Сформированное умение осуществлять лечение распространенных заболеваний человека с учетом личностно-ориентированного подхода и в соответствии с требованиями действующих порядков, протоколов и стандартов	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседования
Владеть	Фрагментарное владение современными методами и технологиями современных методов и технологий	В целом успешное, но не систематическое владение современными методами и технологиями современных	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владения современными методами и технологиями	Успешное и систематическое владение современными методами и технологиями современных методов и	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов,	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков,

	лечебно-реабилитационной помощи в условиях ОВП	методов и технологий лечебно-реабилитационной помощи в условиях ОВП	современных методов и технологий лечебно-реабилитационной помощи в условиях ОВП	технологий лечебно-реабилитационной помощи в условиях ОВП.	написание учебной МКАП	ситуационных задач, собеседование
ПК-9						
Знать	Фрагментарные знания концепции здоровья. Современной методологии профилактической медицины. Системы жизненных ценностей пациента, уровня его понимания связи своих проблем с био-психо-социальными аспектами его жизни	Общие, но не структурированные знания концепции здоровья. Современной методологии профилактической медицины. Системы жизненных ценностей пациента, уровня его понимания связи своих проблем с био-психо-социальными аспектами его жизни	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания концепции здоровья. Современной методологии профилактической медицины. Системы жизненных ценностей пациента, уровня его понимания связи своих проблем с био-психо-социальными аспектами его жизни	Сформированные систематические знания. концепции здоровья. Современной методологии профилактической медицины. Системы жизненных ценностей пациента, уровня его понимания связи своих проблем с био-психо-социальными аспектами его жизни	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение выявлять факторы риска, информировать и консультировать пациентов. Проводить связи настоящих и возможно будущих проблем пациента и его окружения с его поведением, образом жизни	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение выявлять факторы риска, информировать и консультировать пациентов. Проводить связи настоящих и возможно будущих проблем пациента и его окружения с его поведением, образом жизни	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение выявлять факторы риска, информировать и консультировать пациентов. Проводить связи настоящих и возможно будущих проблем пациента и его окружения с его поведением, образом жизни	Сформированное умение выявлять факторы риска, информировать и консультировать пациентов. Проводить связи настоящих и возможно будущих проблем пациента и его окружения с его поведением, образом жизни	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение методики индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	В целом успешное, но не систематическое применение методики индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методики индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	Успешное и систематическое применение методики индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов, написание учебной МКАП	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к экзамену, критерии оценки УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9 ВОПРОСЫ К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»

1. Пневмонии у взрослых в ОВП. Этиопатогенез. Классификация. Клинические и рентгенологические симптомы и признаки. Критерии постановки диагноза. Показания к госпитализации. Рекомендации по лечению амбулаторных пациентов.
2. Бронхиальная астма в ОВП. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления и осложнения. Диагностика. Базисная терапия. Диспансерное наблюдение.
3. Хронические обструктивные заболевания легких в ОВП. Определение понятия. Классификация. Особенности клинической картины. Степени тяжести. Принципы лечения. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика.

4. Острая ревматическая лихорадка в ОВП: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика первичная и вторичная. Диспансерное наблюдение.
5. Кислотозависимые заболевания в ОВП. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Особенности патогенеза и клиники при язвах различной локализации. Классификация. Диагностика. Организация лечения в ОВП. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
6. Кислотозависимые заболевания в ОВП. ГЭРБ. Классификация. Диагностика. Организация лечения в ОВП. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
7. Синдром раздраженной толстой кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Основные принципы лечения.
8. Ишемическая болезнь сердца. Факторы риска. Классификация. Принципы диагностики. Стабильная стенокардия. Организация лечения в ОВП.
9. ИБС: Инфаркт миокарда. Факторы риска. Клинические варианты (типичные и атипичные). Диагностика. ЭКГ-критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение по стадиям. Реабилитация больных.
10. Артериальная гипертензия в ОВП. Факторы риска. Современная классификация. Диагностика. Организация лечения и профилактики в ОВП. Диспансеризация.
11. Гипертонический криз. Классификация. Диагностика и организация лечения и профилактики в ОВП.
12. Диагностика и неотложные мероприятия при шоке и коллапсе в ОВП.
13. Подагра в ОВП. Этиология. Клиника. Диагностика. Организация лечения ВОП. Классификация.
14. Инфекционный эндокардит. Этиология. Патогенез. Клиника. Организация лечения в ОВП. Профилактика.
16. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Основные принципы лечения.
17. Инфекции мочевых путей. Классификация. Острый и хронический пиелонефрит. Принципы лечения ВОП.
18. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме.
19. Остеоартроз. Клиника. Классификация. Организация лечения в ОВП.
20. Ревматоидный артрит в ОВП. Клиника. Классификация. Организация лечения в ОВП.
21. Остеопороз. Клиника. Классификация. Организация лечения в ОВП.
22. Сахарный диабет в ОВП. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения больных в амбулаторных условиях. Школа пациента.
23. Ожирение и дефицит веса в ОВП. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Лечение. Метаболический синдром X.
24. Железодефицитные анемии в ОВП. Этиология. Патогенез. Классификация по степени тяжести. Организация лечения в ОВП. Диспансеризация.
25. Перименопаузальный период. Клинические симптомы. Патогенез. Диагностика. Ведение пациенток ВОП.
26. Онкологические заболевания желудочно-кишечного тракта. Диагностика. Современные возможности лечения.
27. Опухолевые заболевания щитовидной железы и молочных желез.
28. Онкологические заболевания органов дыхания. Принцип ранней диагностики. Современные возможности лечения.
29. Нейроинфекции в ОВП. Клиника. Диагностика. Профилактика. Организация лечения в ОВП.
30. Лихорадки неясного генеза в ОВП.
31. Дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций в ОВП.
32. Современные подходы к лечению острых кишечных инфекций в ОВП.
33. Грипп и другие ОРВИ. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения больных на дому. Профилактика гриппа и ОРВИ.
34. Туберкулез органов дыхания. Раннее и своевременное выявление. Диагностический минимум на туберкулез.
35. Внелегочные формы туберкулеза. Группы риска. Методы выявления, применяемые в работе врача общей практики.
36. Профилактика туберкулеза в ОВП.
37. Диагностика воспалительных заболеваний наружного, среднего и внутреннего уха. Тактика лечения.
38. Острый тонзиллит. Клиника. Диагностика. Возможные осложнения. Лечение.
39. Диагностика, лечение и профилактика хронического тонзиллита. Показания к оперативному лечению.
40. Острый и хронический ринит. Клиника. Классификация. Методы исследования. Возможные осложнения. Ведение пациента.
41. Сосудистые поражения головного мозга. Диагностика и тактика ведения больного врачом общей практики.
42. ОНМК по ишемическому типу. Патогенез. Клиника. Организация лечения в ОВП.
43. ОНМК по геморрагическому типу. Патогенез. Клиника. Организация лечения в ОВП.
44. Эпилепсия в ОВП. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Организация лечения в ОВП.
45. Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях, при сосудистых заболеваниях головного мозга. Тактика ведения больного врачом общей практики.
46. Алкоголизм, наркомания, токсикомания: клинические проявления, способы лечения, социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике.
47. Инородное тело глаза. Первая врачебная помощь. Лечение.
48. Глаукома. Выявление пациентов с подозрением на глаукому. Лечение в период ремиссии. Экстренная помощь при остром приступе глаукомы.
49. Распознавание катаракты. Тактика ведения больных врачом общей практики.
50. Конъюнктивиты острые и хронические. Этиология. Клиника. Тактика ведения пациента.
51. Сифилис. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения и профилактики.
52. Хламидиоз. Диагностика. Принципы лечения.
53. Гонорея. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы диагностики, лечения и профилактики.
54. Грибковые заболевания кожи. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

55. Клиника осложненной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Возможность ранней диагностики. Лечебная тактика. Профилактика.
56. Неотложная терапия при легочном кровотечении.
57. Острый аппендицит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
58. Острый холецистит. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
59. Варикозная болезнь. Тактика ведения и лечения больного врачом общей практики. Показания к плановому оперативному вмешательству. Восстановительное лечение в послеоперационном периоде.
60. Признаки обострения тромбоза и тактика ведения больных. Показания к госпитализации, профилактика осложнений.
61. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Методы диагностики и тактика ведения пациента врачом общей практики.
62. Неотложная помощь при ожогах.
63. Неотложная помощь при отморожениях.
64. Организация работы ВОП/СВ с детским населением.
65. Понятие о периоде новорожденности. Наблюдение за ребенком на участке на первом месяце жизни.
66. Понятие о естественном, смешанном, искусственном вскармливании на первом году жизни. 10 шагов инициативы ВОЗ по поддержке грудного вскармливания.
67. Принципы рационального вскармливания детей 1-го года жизни.
68. Бронхиальная астма у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях.
69. Особенности этиологии и клиники пневмонии у детей. Показания к госпитализации. Организация лечения в ОВП.
70. Сахарный диабет у детей. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
71. Инфекции мочевых путей у детей. Классификация. Острый и хронический пиелонефрит. Принципы лечения ВОП.
72. Планирование семьи. Роль врача общей практики в планировании семьи.
73. Современные методы диагностики беременности. Тактика врача общей практики при ведении физиологической и осложненной беременности.
74. Послеродовые гнойно-септические заболевания. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика.
75. «Острый живот» в гинекологии. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики.
76. Диагностика и лечебная тактика врача общей практики при острых и хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов.
77. Токсикозы беременных. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
78. Ведение физиологических родов.
79. Медицинское страхование. Сущность и принципы.
80. Определение понятия семейный врач. Квалификационные требования к семейному врачу.
81. Формы организации работы ВОП. Функциональные и организационные модели.
82. Этика и деонтология в ОВП. Права пациента.
83. Экспертиза нетрудоспособности ВОП. Определение. Цели и задачи. Правила заполнения и выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.
84. Организация работы и медицинская документация ВОП и медицинской сестры участка ОВП.
85. Основные направления реформы здравоохранения, предпосылки внедрения института ОВП в здравоохранение РФ.
86. Критерии оценки эффективности деятельности ВОП (семейного врача) и медицинской сестры общеврачебного участка.

Критерии оценки:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

1 уровень:

1. Аменорея может сопутствовать: УК-1, ПК-5

- а) похуданию *
- б) ожирению *
- в) шизофрении *
- г) синдрому Иценко-Кушинга *
- д) синдрому склерокистозных яичников *

2. Укажите основные проявления пищевых токсикоинфекций: УК-1, ПК-5

- а) острый гастрит, гастроэнтерит *
- б) острый колит
- в) дегидратационный синдром *
- г) интоксикационный синдром *

3. Решающими клиническими признаками в диагностике ботулизма являются: УК-1, ПК-5

- а) острое начало с выраженной гипертермией
- б) дисфагия *
- в) дисфония *
- г) офтальмоплегические симптомы *
- д) олигоанурия

4. Что из перечисленного характерно для аденовирусной инфекции: УК-1, ПК-5

- а) катаральный фарингит *
- б) конъюнктивит *
- в) увеличение периферических лимфоузлов *
- г) полиартрит

5. Укажите характерные признаки локализованной формы дифтерии зева: УК-1, ПК-5

- а) острое начало *
- б) стойкая гиперемия слизистой оболочки зева *
- в) увеличение миндалин *
- г) трудно снимаемые пленчатые налеты на миндалинах *
- д) легко снимаемые пленчатые налеты на миндалинах

6. Укажите характерные признаки сыпи при менингококкемии: УК-1, ПК-5

- а) появление на 3-4-й день болезни
- б) макуло-папулезные элементы
- в) звездчатые геморрагические элементы *
- г) быстрое развитие некрозов на месте высыпных элементов *
- д) преимущественная концентрация сыпи на конечностях *

7. Укажите характерные признаки холеры: УК-1, ПК-5

- а) многократная водянистая диарея *
- б) примесь слизи и прожилок крови в испражнениях
- в) повторная рвота водянистыми рвотными массами *
- г) схваткообразные боли в околопупочной области
- д) прогрессирующее развитие признаков дегидратации *

8. Что из перечисленного относительно эпидемиологической характеристики сибирской язвы является верным: ПК-1, ПК-2

- а) основным резервуаром возбудителей сибирской язвы являются сельскохозяйственные животные *
- б) инфицированные люди являются основным источником сибиреязвенной инфекции
- в) факторами передачи сибиреязвенного возбудителя могут быть изделия животного происхождения (кожа, мех, шерсть) *
- г) заражение сибирской язвой возможно при контакте с инфицированной почвой *
- д) у реконвалесцентов формируется стойкий иммунитет к реинфекции *

9. Что из перечисленного характерно для скарлатины: УК-1, ПК-5

- а) быстрое повышение температуры тела *
- б) распространенная папулезная сыпь
- в) яркая отграниченная гиперемия зева *
- г) ангина *
- д) точечная сыпь на гиперемизованном фоне *

10. Активный первичный туберкулез легких, особенно у детей и подростков, может сопровождаться: УК-1, ПК-5

- а) микрополиаденитом периферических лимфоузлов *
- б) узловой эритемой *
- в) фликтенулезным кератоконъюнктивитом *

- г) полиартритом Понсе *
- д) фолиево-дефицитной анемией

11. Укажите характерные осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза: ПК-8, ПК-5

- а) хроническое легочное сердце *
- б) вторичный амилоидоз *
- в) легочное кровотечение *
- г) первичный амилоидоз
- д) спонтанный пневмоторакс *

12. Укажите характерные изменения в анализе мочи при туберкулезе почек: УК-1, ПК-5

- а) щелочная реакция мочи
- б) кислая реакция мочи *
- в) стойкая пиурия *
- г) микрогематурия *
- д) массивная протеинурия

13. Перечислите осложнения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов: ПК-8, ПК-5

- а) экссудативный плеврит *
- б) трансформация в саркоидоз
- в) ателектаз легкого *
- г) диссеминация туберкулезного процесса *

14. Какая категория больных с костно-суставной формой туберкулеза является источником распространения туберкулезной инфекции: ПК-1, ПК-2

- а) больные, имеющие свищевое отделяемое *
- б) все больные вне зависимости от стадии и формы течения процесса
- в) больные артритической и постартритической стадии вне зависимости от наличия свищей с отделяемым

15. При преходящих нарушениях мозгового кровообращения в вертебробазиллярном бассейне: УК-1, ПК-5

- а) частым симптомом является системное головокружение *
- б) у многих больных возникает тошнота, рвота, икота, головная боль *
- в) никогда не возникают нарушения глотания, голоса, головная боль
- г) нередко развиваются зрительные расстройства *

16. Для уменьшения агрегации форменных элементов крови при преходящих нарушениях мозгового кровообращения оправдано назначение: УК-1, ПК-5

- а) фуросемида
- б) реополиглюкина *
- в) ацетилсалициловой кислоты *
- г) курантил *

17. В отношении геморрагического инсульта справедливо: УК-1, ПК-5

- а) чаще развивается в дневное или вечернее время *
- б) чаще развивается в ночное время
- в) характерно нарастание симптомов в течение нескольких дней
- г) характерно быстрое нарастание симптомов *

18. Гипертоническая энцефалопатия: ПК-5, ПК-8

- а) это тяжелое прогрессирующее заболевание головного мозга *
- б) связана с развитием фильтрационного отека и набуханием головного мозга *
- в) возникает при злокачественном течении гипертонической болезни *
- г) никогда не сопровождается отеком диска зрительного нерва

19. При гриппозном энцефалите: ПК-5, ПК-8

- а) возможно развитие неврологических симптомов через 1-2 недели после гриппа *
- б) характерен умеренный менингеальный синдром *
- в) часто имеются признаки поражения периферической нервной системы *
- г) течение обычно благоприятное *

20. Рассеянный склероз: ПК-5, ПК-8

- а) наиболее часто поражает мужчин старших возрастных групп
- б) наиболее часто поражает женщин в возрасте от 16 до 35 лет *
- в) сопровождается иммунологической перестройкой организма *
- г) является наследственной патологией

2 уровень:

Инструкция: Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран

совсем: УК-1, ПК-6

1.

Группы β-адреноблокаторов	β-адреноблокаторы
А. Кардиоселективные Б. Неселективные В. С вазодилатирующими свойствами	1. Метопролол 2. Пропранолол 3. Бисопролол 4. Карведилол 5. Пиндолол

2.

Группы цефалоспоринов	Цефалоспорины
А. I поколения Б. II поколения В. III поколения Г. IV поколения	1. Цефуроксим 2. Цефепим 3. Цефазолин 4. Цефоперазон 5. Цефтазидим

3. ПК-1, ПК-2

Сроки появления	Показатели нервно-психического развития
1. 1 год	1. приседает, наклоняется, перешагивает через препятствие
2. 2 года	2. произносит 5-10 слов
3. 3 года	3. самостоятельно берет чашку и пьет
	4. ориентируется в трех контрастных величинах
	5. пользуется предложениями из 3 слов
	6. играет в сюжетные и ролевые игры
	7. перешагивает через палку, приподнятую на расстоянии 30-35 см. от пола

4. ПК-6, ПК-8

Инструкция к тестам: Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого цифрового компонента левой колонки выберите один или несколько буквенных элементов правой колонки. Каждый элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем.

2. Роль имплантированного кардиовертера-дефибриллятора в уменьшении риска внезапной смерти (ВС) в различных группах больных.

I. Риск ВС снижается	А. Больные с фракцией выброса левого желудочка менее 36% и пароксизмами желудочковой тахикардии (ЖТ)
II. Нет доказательств пользы	Б. Больные с фракцией выброса менее 40% и ЖТ, спровоцированной электрокардиостимуляцией
	В. У больных с наличием поздних потенциалов

3. Возможные причины возникновения стенокардии напряжения ПК-6, ПК-8

I. Сужение просвета крупной ветви коронарных артерий (далее - КА)	А. Дилатационная кардиомиопатия, хронический миокардит
II. Клапанные пороки сердца	Б. Гипертрофическая кардиомиопатия
III. Заболевания миокарда	В. Стеноз устья аорты
IV. Другие сердечно-сосудистые заболевания	Г. Атеросклеротическое сужение огибающей КА на 70%
	Д. Высокая артериальная гипертония
	Е. Стеноз передней нисходящей КА на 50%
	Ж. Недостаточность митрального клапана

4. Факторы или заболевания, увеличивающие пред- или постнагрузку левого желудочка. ПК-6, ПК-8, ПК-9

I. Преднагрузка увеличивается	А. Стеноз устья аорты
	Б. Артериальная гипертония

II. Постнагрузка увеличивается

- V. Коарктация аорты
- Г. Недостаточность аортального клапана
- Д. Гиповолемия
- Е. Недостаточность митрального клапана

5. Проявления заболевания, характерные для стенокардии напряжения **ПК-5, УК-1**

- | | |
|--|--|
| I. Типичные жалобы больного | А. Наличие дискомфорта в груди (сдавление, нехватка воздуха, жжение, одышка) |
| II. Типичная локализация ощущений | Б. Наличие боли «в области сердца» |
| III. Атипичная локализация ощущений | В. Загрудинная область |
| IV. Продолжительность, провокация и купирование ощущений | Г. Область слева от грудины, эпигастрий, шея |
| | Д. Продолжительность ощущений несколько минут |
| | Е. Продолжительность ощущений около 20 мин |

6. Патогенез развития атеросклероза **ПК-5, ПК-6**

- | | |
|--|--|
| I. Факторы, оказывающие повреждающее действие на эндотелий | А. Активное и пассивное курение |
| II. Доказательства наличия хронического неспецифического воспаления в стенке артерий | Б. Повышенное артериальное давление |
| | В. Дислипидемия |
| | Г. Повышенное содержание в крови тироксина |
| | Д. Повышенное содержание в сосудистой стенке ангиотензина А2 |
| | Е. Дисфункция эндотелия |
| | Ж. Субфебрильное повышение температуры тела |

7. Вторичная профилактика ИБС у больных стенокардией. **ПК-6, ПК-8**

- | | |
|--|---|
| I. Мероприятия, польза которых доказана | А. Уменьшение содержания триглицеридов |
| II. Мероприятия, не оказывающие положительного влияния на выживаемость | Б. Уменьшение содержания холестерина в липопротеинах низкой плотности до уровня 1,8 ммоль/л |
| III. Мероприятия, не имеющие убедительных доказательств положительного влияния на выживаемость | В. Уменьшение избыточного индекса массы тела в пределах 25–30 кг/м ² |
| | Г. Терапия антиоксидантами |
| | Д. Повышение содержания только липопротеинов высокой плотности |
| | Е. Терапия омега-3 жирными кислотами |

8. Причины изолированного повышения систолического артериального давления. **ПК-5, УК-1**

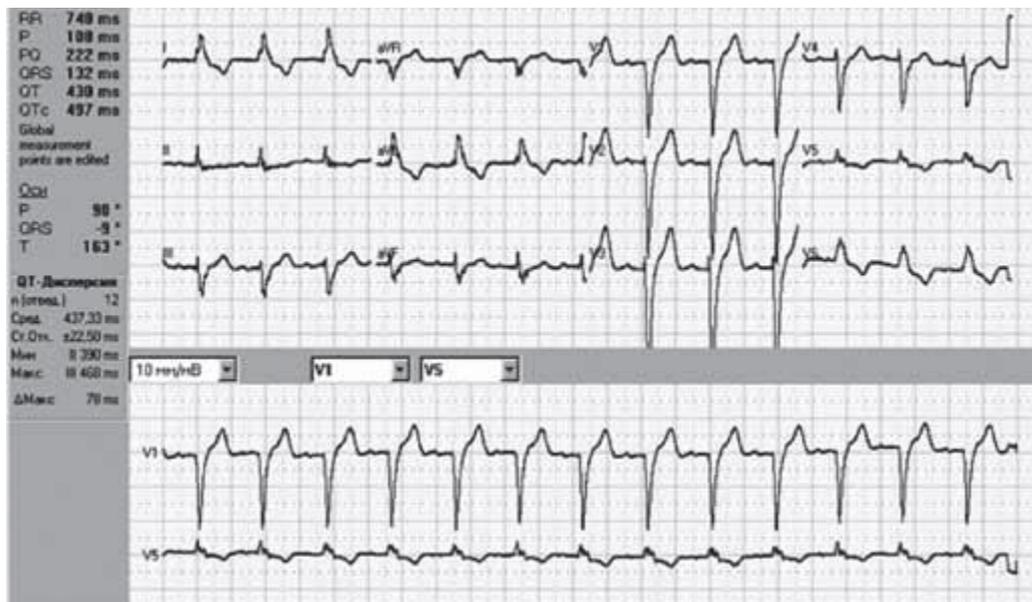
- | | |
|--|---|
| I. Повышенное систолическое давление (симптом другой болезни) | А. Тиреотоксикоз |
| II. Систолическая артериальная гипертензия (самостоятельное заболевание) | Б. Болезнь Педжета |
| | В. Гипотиреоз |
| | Г. Систолическая артериальная гипертензия у молодых |
| | Д. Систолическая артериальная гипертензия у пожилых |

9. Минимальная эффективная энергия первого разряда монофазного тока для купирования аритмий электроимпульсной терапией. **ПК-6, ПК-8**

- | | |
|--------------|---|
| I. 50–100 Дж | А. Фибрилляция желудочков и полиморфная желудочковая тахикардия |
| II. 360 Дж | Б. Фибрилляция предсердий |
| III. 200 Дж | В. Трепетание предсердий |
| | Г. Мономорфная желудочковая тахикардия |

Инструкция к тесту 10 : выберите все правильные ответы, характеризующие те или иные изменения предложенной электрокардиограммы:

10. $V=25 \text{ mm/s}$ **ПК-5, УК-1**



- А. AV блокада I ст.
- Б. AV блокада II степени
- В. AV блокада III степени
- Г. Блокада правой ножки пучка Гиса
- Д. Блокада левой ножки пучка Гиса

3 уровень:

Больную С., 37 лет, в течение 5 дней беспокоят жалобы на общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38 градусов С, кашель с выделением умеренного количества слизисто-гнойной мокроты. При физикальном обследовании выявлено укорочение перкуторного звука в правой подлопаточной области, в этой же области при аускультации выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 18 в 1 мин. Диагноз внебольничной очаговой пневмонии подтвержден рентгенологически. В анамнезе отмечена аллергическая реакция на пенициллин (крапивница).

Выберите наиболее оптимальный антибактериальный препарат: **ПК-6, ПК-5**

- А. Амоксициллин
- Б. Кларитромицин
- В. Амикацин
- Г. Ципрофлоксацин
- Д. Доксизиклин

2. У ребенка 3-го года жизни: **ПК-1, ПК-2**

Благополучный социально-биологический анамнез

По физическому развитию – сниженная длина, дефицит массы тела 1 ст.

По нервно-психическому развитию – группа развития 3, 1 степень

По уровню резистентности – отсутствие заболеваний в течение года

По уровню функционального состояния – гемоглобин 115г/л, сниженный тургор тканей, повышена возбудимость, наличие нейродермита в стадии ремиссии, гипотрофия 1 ст.

Определите группу здоровья:

- А. I
- Б. II
- В. III
- Г. IV
- Д. V

Эталонный ответ: Г

3. Девочка, 5 день жизни, выписана из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Роды срочные. Масса при рождении 3250г, длина - 51см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через час после рождения, сосала хорошо. На 3-и сутки жизни появилась иктеричность кожных покровов, на 4 сутки уровень общего билирубина составил 191 мкмоль/л, непрямого – 185 мкмоль/л. **ПК-5, ПК-2**

Ваш диагноз:

- А. физиологическая желтуха новорожденных
- Б. желтуха от материнского молока
- В. синдром Криглера-Найара
- Г. синдром Дабина-Джонсона
- Д. неонатальный гепатит

Эталонный ответ: А

4. Больной П. 35 лет. Жалобы на боли и скованность в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника,

боли в ягодицах

Объективно: паравертебральные мышцы напряжены, болезненность коленных суставов. Гемоглобин – 130 г/л
Лейкоциты 6000, СОЭ – 40 мм в час

Анализ мочи без патологии. На рентгенограммах костей таза: суставные щели подвздошных суставов с обеих сторон сужены, эрозии подвздошных костей. **ПК-5, УК-1**

Предварительный диагноз

1. Остеохондроз позвоночника
2. Ревматическая полимиалгия
3. Подагрическая спондилоартропатия
4. Анкилозирующий спондилоартрит

Критерии оценки:

«зачтено» - не менее 71% правильных ответов;

«не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

Примерные тестовые задания для текущего контроля

1 уровень:

001. Не являются основными источниками информации о здоровье: **ПК-1, ПК-2**

- А) официальная информация о смертности населения; населения;
- Б) данные страховых компаний;
- В) эпидемиологическая информация;
- Г) данные мониторинга окружающей среды и здоровья;
- Д) регистры заболеваний, несчастных случаев и травм.

Ответ: (Б)

002. Сущность термина «болезненность»:

УК-1

- А) вновь выявленные заболевания в данном году;
- Б) все заболевания, зарегистрированные в данном году;
- В) заболевания, выявленные при целевых медицинских осмотрах;
- Г) заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах;
- Д) длительность временной нетрудоспособности.

Ответ: (Б)

003. Международная классификация болезней – это: **УК-1, ПК-5**

- А) перечень наименований болезней в определенном порядке;
- Б) перечень диагнозов в определенном порядке;
- В) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу;
- Г) система, рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;
- Д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.

Ответ: (Г)

004. Из перечисленных специалистов право на выдачу, документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность имеет: **ПК-6, УК-1**

- А) врач станции скорой помощи;
- Б) врач станции переливания крови;
- В) врач бальнеолечебницы
- Г) врач приемного покоя больницы;
- Д) судебно-медицинский эксперт.

Ответ: (Г)

005. Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет: **ПК-6, УК-1**

- А) руководители ЛПУ и поликлиник;
- Б) лечащий врач самостоятельно;
- В) лечащий врач с утверждения зав. отделением;
- Г) лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ;
- Д) любой врач.

Ответ: (Г)

006. Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей в следующих случаях: **ПК-6, УК-1**

- А) несовершеннолетним детям;
- Б) при несчастных случаях, травмах, отравлениях;
- В) лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ;
- Г) лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- Д) при любом остром заболевании.

Ответ: (Г)

007. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь: **ПК-6, УК-1**

- А) в территориальной поликлинике;
- Б) в любой поликлинике населенного пункта;
- В) в любой поликлинике Российской Федерации;
- Г) в любой поликлинике субъекта Федерации;
- Д) в любом медицинском учреждении СНГ.

Ответ: (В)

008. В понятие децентрализация управления здравоохранением в новых условиях входят следующие составляющие, кроме: **ПК-6, УК-1**

- А) сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали;
- Б) отсутствие нормативной базы в здравоохранении;
- В) децентрализация бюджетного финансирования;
- Г) поступление средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне;
- Д) расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений.

Ответ: (Б)

009. Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником: **УК-1**

- А) систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей;
- Б) прогул (в том числе отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин;
- В) появление на работе в нетрезвом состоянии
- Г) совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности;
- Д) грубое однократное нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями.

Ответ: (А)

010. Отпуск до истечения 11 месяцев с момента приема на работу предоставляется всем ниже перечисленным, кроме: **УК-1**

- А) женщинам перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него;
- Б) работникам моложе 18 лет;
- В) военнослужащим, уволенным в запас и направленным на работу в порядке организованного набора, по истечении трех месяцев работы;
- Г) работникам вредных производств;
- Д) работникам, принятым на работу в порядке перевода из одного учреждения в другое, если в сумме набирается 11 месяцев.

Ответ: (Г)

011. Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан создаются в целях: **ПК-6, УК-1**

- А) защиты прав пациента и отдельных групп населения;
- Б) разработки норм медицинской этики;
- В) разрешения вопросов, связанных с нарушением норм медицинской этики;
- Г) подготовки рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской медицинской деятельности; Д) все вышеперечисленное.

Ответ: (Д)

012. Новыми правами пациента для Российского законодательства являются: **ПК-6, УК-1**

- А) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- Б) допуск в стационар адвоката;
- В) допуск в стационар священнослужителя;
- Г) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
- Д) все вышеперечисленные.

Ответ: (Д)

013. Под заболеваемость с временной утратой трудоспособности понимают: **ПК-6, УК-1**

- А) все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих;
- Б) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих;
- В) все случаи заболеваемости; по которым выдан листок нетрудоспособности;
- Г) все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности;
- Д) наличие инфекционного заболевания.

Ответ: (А)

014. Листок нетрудоспособности не выдается: **ПК-6, УК-1**

- А) при отпуске для санаторно-курортного лечения;
- Б) при уходе за больным членом семьи;
- В) при карантине;
- Г) лицам, находящимся в отпуске сохранения заработной платы;
- Д) при бытовой травме.

Ответ: (Г)

015. Справка произвольной формы выдается: **ПК-6, УК-1**

1. при бытовой травме;
2. при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем;
3. военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью;
4. трудоспособным лицам, направленным в период медицинских осмотров на обследование.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

016. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является: **УК-1**

- А) листок временной нетрудоспособности;
 Б) случай временной нетрудоспособности;
 В) первичное заболевание;
 Г) впервые выявленное в данном году заболевание;
 Д) справка о временной нетрудоспособности.

Ответ: (Б)

017. Ориентировочной оценкой показателя тяжести заболевания с временной утратой трудоспособности является: **ПК-6, УК-1**

- А) листок временной нетрудоспособности;
 Б) листок временной нетрудоспособности, выданный на срок более 10 дней;
 В) длительность заболевания, превышающая 1 месяц;
 Г) характер патологического процесса;
 Д) наличие сопутствующих заболеваний.

Ответ: (Г)

018. Медицинское значение листка нетрудоспособности состоит в том, что он: **ПК-6, УК-1**

- А) характеризует здоровье работающих;
 Б) указывает на характер заболевания;
 В) определяет степень потери трудоспособности;
 Г) служит для статистической отчетности по форме №16;
 Д) влияет на здоровье трудящихся.

Ответ: (А)

019. Больному К. выдан больничный лист с диагнозом “Острая респираторная вирусная инфекция” с 18.10 по 20.10 с указанием явиться на прием к врачу 20.10. Больной пришел на прием лишь 25.10, так как без разрешения врача выезжал за город. При осмотре диагностирована пневмония. Больничный лист должен быть оформлен следующим образом: **ПК-6, УК-1**

- А) продлен с 21.10 с указанием “нарушение режима”;
 Б) продлен с 25.10;
 В) выдан новый больничный лист с 25.10;
 Г) продлен с 25.10 с указанием “нарушение режима”;
 Д) продлен с 21.10 без указания о нарушении режима.

Ответ: (Г)

020. При выдаче больничного листа иногородним больным виза администратора лечебного учреждения ставится: **ПК-6, УК-1**

- А) в 1-й день, при выдаче больничного листа;
 Б) на 3-й день, при продолжении больничного листа;
 В) на 6-й день, при выписке больного на работу;
 Г) виза не ставится;
 Д) на 9 день заболевания.

Ответ: (А)

2 уровень:

1. Найдите соответствие между целевыми уровнями ОХС и категорией риска сердечно-сосудистых заболеваний **ПК-1, ПК-2, ПК-9**

Менее 5,0 ммоль/л	Низкий риск
Менее 5,0 ммоль/л	Умеренный риск
Менее 4,5 ммоль/л	Высокий риск
Менее 4,0 ммоль/л	Очень высокий риск

2. Найдите соответствие между целевыми уровнями ХС-ЛНП и категорией риска сердечно-сосудистых заболеваний **ПК-1, ПК-2, ПК-9**

Менее 3,0 ммоль/л	Низкий риск
Менее 3,0 ммоль/л	Умеренный риск
Менее 2,5 ммоль/л или снижение на 50% от исходного уровня	Высокий риск
Менее 1,8 ммоль/л или снижение на 50% от исходного уровня	Очень высокий риск

3. Найдите соответствие между результатами ПГТТ и видом нарушения углеводного обмена **ПК-5, ПК-2**

7,3 – 12,0 ммоль/л	Сахарный диабет
6,1 – 7,9 ммоль/л	Нарушение толерантности к глюкозе
6,5 – 7,7 ммоль/л	Нарушенная гликемия натощак

4. Найдите соответствие между критериями диагностики и возможным нарушением углеводного обмена **ПК-5, УК-1**

Глюкоза венозной плазмы натощак <6,1 ммоль/л, через 2 часа после ПГТТ <7,8 ммоль/л	Норма
Глюкоза венозной плазмы натощак ≥7,0 ммоль/л двукратно / через 2 часа после ПГТТ ≥11,1 ммоль/л /	Сахарный диабет

случайное определение глюкозы венозной плазмы $\geq 11,1$ ммоль/л	
Глюкоза венозной плазмы натощак $< 7,0$ ммоль/л, через 2 часа после ПГТТ $\geq 7,8$ и $< 11,1$ ммоль/л	Нарушение толерантности к глюкозе
Глюкоза венозной плазмы натощак $\geq 6,1$ и $< 7,0$ ммоль/л, через 2 часа после ПГТТ $< 7,8$ ммоль/л	Нарушенная гликемия натощак

5. Соотнесите степень тяжести ХОБЛ и результаты спирометрии (ОФВ1, % от должного) **ПК-5, ПК-8**

Легкая	88%
Среднетяжелая	51%
Тяжелая	49%
крайне тяжелая)	40% + ХДН 1

3 уровень:

1. Пациент П, 64 года, обратился к врачу общей практики с жалобами на одышку при обычной ходьбе, затрудненный выдох, ежедневный кашель с отделением небольшого количества прозрачной вязкой мокроты. Данные симптомы беспокоят примерно в течение 6 месяцев. Эпизодов усиления одышки, появления гнойной мокроты за последний год не отмечает. Курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день. Ранее не обследовался, постоянно лекарственные препараты не применяет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Сатурация кислорода – 95%. Дыхание в легких жесткое, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение сохранено. Живот мягкий, безболезненный. **ПК-1, ПК-5, ПК-2, ПК-9**

1) ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

А) ОАК, ОАМ

Б) флюорографию легких, ЭКГ

В) газовый состав крови

Г) спирометрию + тест с бронхолитиком

Д) ЭХО-КС

Е) КТ органов грудной клетки

2) По результатам проведенного обследования: флюорография – органы грудной клетки без видимых изменений; спирометрия: индекс Тиффно 60%. ОФВ1 – 52% от должного. Тест с сальбутамолом: прирост ОФВ1 – 3%.

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) Бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести, неконтролируемая, впервые выявленная. ДН 1 ст.

Б) Хроническая обструктивная болезнь легких, среднетяжелая, с редкими обострениями, впервые выявленная. ДН 1 ст.

В) Хронический необструктивный бронхит

Г) Идиопатический фиброзирующий альвеолит

Д) Инфильтративный туберкулез легких

3) **ВЫБЕРИТЕ БРОНХОДИЛЯТОР В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ**

А) Сальбутамол

Б) Тиотропия бромид

В) Салметерол+Флутиказон

Г) Олодатерол+Тиотропия бромид

Д) Ипратропия бромид+Фенотерол

4) **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ МОЖНО СЧИТАТЬ**

А) *S. aureus*

Б) *S. pneumoniae*

В) *H. influenzae*

Г) *M. catarrhalis*

Д) *M. pneumonia*

5) **ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) амоксициллин

Б) амоксициллина/клавуланат

В) азитромицин

Г) левофлоксацин

2. Пациент Л, 66 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на головные боли в области затылка. При расспросе установлено, что пациент курит 40 лет по пачке в день, имеет низкую физическую активность, отягощенную наследственность по инфаркту миокарда. По результатам антропометрии: Рост 168 см, вес 80 кг, ИМТ = 28,34, окружность талии – 92 см.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. ЧД 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС – 76 уд. в мин. АД – 150/90 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, б/болезненный. Глюкоза – 6,52 ммоль/л, холестерин 6,02 ммоль/л, ОАК – норма. Флюорография – без изменений. ЭКГ – синусовый ритм. **ПК-5, ПК-**

2, ПК-9

1) ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- А) **Гипертоническая болезнь 1ст**
- Б) Маскированная гипертензия
- В) Симптоматическая гипертензия

2) С ЦЕЛЬЮ ДООБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А) **УЗИ брахиоцефальных артерий**
- Б) **УЗИ почек и щитовидной железы**
- В) **СКАД и/или СМАД**
- Г) **спирометрия**
- Д) **ФГДС**
- Е) **пероральный глюкозо-толерантный тест**

3) НАЗНАЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ

- А) назначить Каптоприл 25 мг при повышении АД
- В) **назначить Амлодипин+Периндоприл 5+8 мг по 1 таблетке утром**
- Г) **назначить Розувастатин 10 мг по 1 таблетке вечером**
- Д) **направить в кабинет медицинской профилактики для консультирования по отказу от курения**

4) ЦЕЛЕВЫМИ УРОВНЯМИ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА/ХОЛЕСТЕРИНА-ЛПНП ПРИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОМ АБСОЛЮТНОМ СУММАРНОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ РИСКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) 5/2,5
- Б) 4,5/2,5
- В) **4,0/1,5**
- Г) 4,0/1,8
- Д) 3,0/1,7

3. Пациентка А., 42 года, обратилась к врачу общей практики для получения справки о возможности посещения плавательного бассейна. При осмотре врачом – состояние удовлетворительное. ИМТ – 21,0. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 90 уд. в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/болезненный. Глюкоза – 5,25 ммоль/л, холестерин 5,53 ммоль/л. ЭКГ – синусовая тахикардия 96 уд в мин. **ПК-5, ПК-2, ПК-9**

1) ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- А) **кровь на ТТГ**
- Б) **фракции холестерина**
- В) **ЦФГ в 2 проекциях**
- Г) СКАД и /или СМАД
- Д) **осмотр акушерки смотрового кабинета и взятие мазка на онкоцитологию**

3) ДИАГНОЗ ПО ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ

- А) Терапевтически здорова
- Б) **Гиперхолестеринемия.**
- В) Избыточная масса тела.
- Г) Гипергликемия.

4) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВИЗИТА ПАЦИЕНТКЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А) **профилактическое консультирование по вопросам рационального питания и регулярной умеренной физической активности**
- Б) консультацию диетолога
- В) гиполипидемическую терапию в течение 3 месяцев
- Г) терапию препаратами щитовидной железы

5) ПАЦИЕНТКУ НЕОБХОДИМО ПРИГЛАСИТЬ

- А) **через 3 месяца**
- Б) через 6 месяцев
- В) через год
- Г) через 3 года
- Д) через 5 лет

Критерии оценки:

- «зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
- «не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

3.3. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

Примерные ситуационные задачи для текущего контроля

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1 ПК-5, ПК-2, ПК-1

Вызов ВОП к больному Л., 28 лет, жалобы на затянувшийся приступ удушья, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой, резкую слабость, сердцебиение.

Из анамнеза известно, что страдает приступами удушья около 10 лет. Обострения заболевания наблюдаются в осенне-зимний период. За последний год 5 раз лечился стационарно. Постоянно принимает поддерживающую дозу глюкокортикоидов (10 мг в сутки). В межприступный период беспокоит кашель со слизисто-гнойной мокротой, экспираторная одышка при незначительной физической нагрузке. Последнее обострение связывает с перенесенным ОРЗ, когда участились приступы удушья, усилилась одышка, перестала отходить мокрота. За сутки до обращения более 15 раз пользовался ингалятором сальбутамолом.

Объективно: общее состояние тяжелое, больной возбужден, отмечается общий гипергидроз и диффузный цианоз кожных покровов. Положение тела вынужденное - сидя с фиксированным плечевым поясом. Дыхание шумное, 40 в 1 мин., дистанционные хрипы, резко затруднен выдох. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха. Перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно - дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы. Тоны сердца глухие, тахикардия 110 в 1 мин. АД - 110/60 мм рт. ст. Со стороны желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено. Через 1 час при аускультации легких - количество сухих хрипов резко уменьшилось, дыхательные шумы почти не выслушиваются.

Вопросы:

- 1) ведущая жалоба;
- 2) основной клинический синдром;
- 3) предварительный диагноз;
- 4) план обследования и лечения;
- 5) диспансерное наблюдение

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2 УК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-6

Экстренный вызов ВОП на дом. Больной Б., 18 лет, в бессознательном состоянии. Со слов родственников установлено, что два дня назад простудился, повысилась температура, ухудшился аппетит, появилась тошнота, жажда, слабость. Позднее после приема пищи появилась рвота, боли в животе, понос, самочувствие значительно ухудшилось. Полностью отказался от приема пищи, считая, что причина ухудшения пищевое отравление, несмотря на это рвота повторилась. Был обнаружен родителями в бессознательном состоянии дома. Из перенесенных заболеваний в детском возрасте: пневмония, краснуха, эпидемический паротит. Наследственность не отягощена. Любил употреблять соки, газированные напитки в значительном количестве.

Объективно: общее состояние тяжелое. Сознание отсутствует. Сухая кожа и слизистые, снижен тонус мышц. Лицо гиперемировано. Мягкие глазные яблоки. Зрачки равномерно сужены. Дыхание типа Кулсмауля, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, температура - 36° С. В легких жесткое дыхание. Пульс 100 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения. АД-90/60 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Язык сухой, с коричневым налетом. Живот мягкий, напряжения мышц не выявлено, на пальпацию слабо реагирует. Печень не увеличена. Рефлексы резко снижены.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики (семейного врача)?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3 ПК-5, ПК-8, ПК-9

На прием к ВОП обратилась больная В., 38 лет, предъявляет жалобы на частый (до 20 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи; схваткообразные боли в левой подвздошной области, усиливающиеся после приема пищи и перед дефекацией, тенезмы, общую слабость, снижение веса; чувство песка в глазах, сухость и ломкость волос, ногтей.

Считает себя больной около 5 лет, когда впервые появились вышеуказанные симптомы. С подозрением на дизентерию была доставлена в инфекционную больницу, где после обследования диагноз был отвергнут. В дальнейшем лечилась в гастроэнтерологическом отделении. После лечения состояние улучшалось, прекращались боли, понос, но стул оставался кашицеобразным 2-3 раза в сутки. За время заболевания отмечает похудание (на 10 кг), последние 2 года - сухость и ломкость волос, ногтей.

Состояние средней степени тяжести. Положение тела активное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Кожа сухая, тургор ее снижен. Дыхание везикулярное. Границы сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ясные, на верхушке выслушивается дующий систолический шум, никуда не проводится. Ритм сердечной деятельности правильный. Пульс 100 в 1 мин. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный во всех отделах. При глубокой пальпации определяется урчание, сигмовидная кишка спазмирована, плотная, болезненная. Печень не увеличена.

Копрологическое исследование: испражнения типа «малинового желе», скопления эритроцитов, лейкоцитов, клеток кишечного эпителия.

ЗАДАНИЯ

Предварительный синдромальный диагноз. Анамнез. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и немедикаментозных методов. Профилактика.

Примерные ситуационные задачи для промежуточной аттестации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1 ПК-5, ПК-6

Больная 37 лет обратилась к ВОП с жалобами на боли внизу живота, обильные кровяные выделения со сгустками, слабость, головокружение. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения, АД 90/50 мм рт.ст. Кожные покровы бледные. При двуручном влагалищном исследовании обнаружено: матка увеличена до 12 недель беременности, плотная,

бугристая, шейка укорочена, канал проходим для 1 пальца. Выделения обильные темного цвета со сгустками.

ЗАДАНИЯ

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика ВОП (СВ).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2 УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

На прием к ВОП обратился больной Т., 37 лет, у которого после алкогольного эксцесса появились опоясывающие боли в эпигастрии, тошнота, рвота, понос, желтуха, моча «цвета пива». Боли в эпигастрии беспокоят около 10 лет, появляются после приема острой, жирной пищи, алкоголя. В течение последнего года наблюдаются поносы, похудание.

Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые иктеричны, сухие, шелушащиеся. В легких дыхание жесткое, тоны сердца ритмичные, ослаблены; число сердечных сокращений 100 в 1 минуту. Язык обложен серо-желтым налетом, суховат. На коже живота «рубиновые капельки», живот при пальпации болезненный в эпигастриальной области, где определяется опухолевидное образование. Размеры печени по Курлову 10-8-7 см, слабо положительны симптомы Калька, Кера. Общий билирубин 96,2 мкмоль/л, прямой - 86 мкмоль/л, непрямой - 10,2 мкмоль/л, желчные пигменты в моче (++)

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3 ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

На прием к ВОП обратилась больная Л., 55 лет.

Предъявляет жалобы на головную боль в затылочной области, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах, общую слабость, ухудшение зрения, похудание.

Повышение артериального давления было выявлено 15 лет назад во время профилактического осмотра. В течение последних 5 лет АД стабильно повышено до 200/110 - 220/120 мм рт. ст. Несколько раз были гипертонические кризы с повышением систолического АД более 300 мм рт. ст., проявлявшиеся сильными головными болями, сердцебиением, ознобом, чувством ползания «мурашек», одышкой, сопровождавшиеся чувством страха смерти, продолжительностью до 1,5 часа. Медикаментозная терапия была практически неэффективной. За последний год похудела на 5 кг. В течение последних недель перед госпитализацией - резкое ухудшение зрения.

Росла и развивалась нормально. В возрасте 20 лет перенесла острый пиелонефрит. Мать пациентки страдает гипертонической болезнью.

Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски. Отложение подкожного жирового слоя равномерное. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная система развита хорошо. Опорно-двигательный аппарат без изменений. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостенической формы. Дыхание везикулярное. Верхушечный толчок расположен в 5 межреберье на 1 см влево от срединно-ключичной линии. I тон не изменен, акцент II тона над аортой. Пульс 110 уд/мин. АД - 200/110 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Общий анализ, крови и мочи без изменений. На ЭКГ - синусовая тахикардия, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4 ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Больной Л., 49 лет, строитель-монтажник, пришел на прием к ВОП с жалобами на сухой кашель с небольшим количеством светло-желтой, тягучей мокроты, усилившийся в течение последней недели, больше по утрам, нарастающую слабость, потливость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при обычной физической нагрузке. В течение последних 4 лет стоит на диспансерном учете по поводу ХОБЛ. Последнее обострение связывает с работой в холодную ветренную погоду на открытой площадке. Злостный курильщик.

Объективно: Состояние ближе удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, сухие, небольшой теплый акроцианоз. Зев чистый. Температура тела 37,2°. Дыхание свободное с затрудненным выдохом. ЧДД - 20 в мин. Перкуторно: легочный звук, с зонами коробочного оттенка, притуплений нет. Аускультативно: дыхание ослабленное везикулярное с жестким оттенком, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. В проекции крупных бронхов выслушиваются единичные, влажные хрипы. При откашливании уменьшаются. АД 145/90 мм рт. ст. Пульс 92 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2 тона на легочной артерии. Пальпация живота безболезненна. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Отеков нет.

ЗАДАНИЕ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).

6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

7. Оцените временную степень утраты трудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5 ПК-5, ПК-8, ПК-9

Больной В., 18 лет, учащийся техникума, проходит медкомиссию по направлению призывной комиссии РВК. Жалобы на упорный кашель, усиливающийся по утрам, с выделением гнойной мокроты с прожилками крови, частые эпизоды лихорадки (до 38°C), слабость, снижение работоспособности.

Из анамнеза: в раннем детстве перенес коклюш, корь. Трижды лечился по поводу очаговой пневмонии. Кровохарканье - последние 8 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, пониженного питания. Отмечаются пальцы в виде барабанных палочек и ногти в виде часовых стекол. Левая сторона грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. Перкуторный звук легочный, несколько притупленный слева в нижних отделах. Аускультативно - дыхание жестковатое, слева ниже угла лопатки большое количество разнокалиберных влажных хрипов, изменяющих характер после кашля. Там же участки шума трения плевры. ЧД - 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс - 90 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: эр. - $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв - 108 г/л, Цп - 1,0, лейкоц. - $9,6 \times 10^9/л$, э. - 1, п. - 10, сегм. - 59, лимф. - 24, мон. - 6, СОЭ - 28 мм/час.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

Критерии оценки:

«отлично» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, по МКБ, выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на все вопросы к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«хорошо» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены недочеты в классификации и определении осложнений и/или сопутствующей патологии. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«удовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены ошибки в классификации, не выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«неудовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен неправильно или не поставлен. Ответы на вопросы к задаче не даны или даны неполные ответы на $\frac{1}{2}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал недостаточную способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

3.4. Примерный перечень практических навыков, критерии оценки (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

Внутренние болезни

Врачебное обследование пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому

Измерение артериального давления у взрослых и детей

Функциональные, эндоскопические, электрофизиологические и лучевые методы диагностики в работе врача общей практики (семейного врача)

Регистрация и анализ ЭКГ

Методика анализа спирограмм

Пикфлоуметрия

Использование ингаляторов и небулайзеров

Методика чтения рентгенограмм

Лабораторная диагностика

Проведение глюкометрии экспресс-методом

Взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования

Клиническое исследование мочи:

определение экспресс-методом (тест полоски) белка, сахара и ацетона в моче

Кожные болезни и болезни, передающиеся половым путем

Клиническое обследование больного с заболеваниями кожи и болезнями, передающимися половым путем
Применение наружных лекарственных средств для лечения кожных болезней

Инфекционные болезни

Клиническое обследование инфекционных больных

Болезни нервной системы

Клиническое обследование неврологических больных:

исследование 12 пар черепно-мозговых нервов

исследование патологических рефлексов

исследование менингеальных симптомов

исследование моторных качеств (позы, мышечного тонуса, контрактуры, атрофии мышц)

исследование тактильной и болевой чувствительности

исследование рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек)

оценка координации движений

Болезни детей и подростков

Методы определения функционального состояния организма

Выделение групп здоровья детей

Комплексная оценка состояния здоровья ребенка (подростка)

Уход за новорожденным

Расчет питания для детей 1-го года жизни

Применение лекарственных средств у детей (peros, perrectum, в ингаляциях, наружно)

Психология

Навыки общения с пациентом и его родственниками

Особенности общения с детьми и пожилыми

Навыки общения с коллегами

Умение справляться со стрессовыми ситуациями, синдромом «эмоционального выгорания»

Психиатрия

Особенности беседы с больным, имеющим психические нарушения

Выявление суицидальных намерений

Клинические методы диагностики наркотической зависимости

Диагностика признаков депрессий

Туберкулез

Интерпретация пробы Манту, диаскинтеста.

Болезни зубов, слизистой полости рта и языка

Методика осмотра полости рта

Болезни глаз

Клиническое исследование глаз (сбор анамнеза, осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века у взрослых и детей, слезной железы, определение подвижности глазных яблок)

Осмотр переднего отдела глаза методом бокового освещения

Осмотр глубоких сред методом проходящего света

Офтальмоскопия

Определение остроты зрения

Определение цветового зрения

Оптическая коррекция зрения с помощью пробных очковых линз при миопии, гиперметропии, пресбиопии

Измерение внутриглазного давления (пальпаторно, тонометром Маклакова, электронная тонометрия)

Местное применение лекарственных средств в лечении глазных болезней

Удаление из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждающих роговицу

Болезни уха, горла, носа

Риноскопия

Фарингоскопия

Ларингоскопия непрямая

Отоскопия

Отоскопия с помощью оптики

Передняя тампонада носа

Определение проходимости слуховой трубы

Проведение планового лечения консервативными методами часто встречающихся заболеваний уха, горла, носа

у взрослых и детей:

Введение лекарственных средств в ухо и нос (в каплях, на турундах и тампонах)

Туалет уха

Удаление серных пробок

Уход за трахеостомой и трахеостомической трубкой

Оказание неотложной помощи детям и взрослым при неотложных состояниях, осложняющих течение

заболеваний, травм и ожогов ЛОР-органов:

Удаление инородного тела из уха и носа
Первичная обработка поверхностных ран лица, носа и ушной раковины

Акушерство-гинекология

Двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование
Диагностика беременности и ее срока
Наружное акушерское обследование, оценка сердцебиения плода
Применение лекарственных средств (наружное и внутривлагалищное)

Неотложная помощь

Методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации жидкости
Сердечно-легочная реанимация у новорожденных, детей и взрослых
Дефибрилляция
Оказание неотложной помощи при внебольничных родах

Методы определения и оценки физического развития:

Оценка физического развития по стандартам

Примерные оценочные листы к практическим навыкам

Задание 1			
Методика анализа ЭКГ			
1.	Инструкция. Провести анализ ЭКГ		
2.	Оснащение: линейка для измерения записей ЭКГ (циркуль)		
3.	Запись 3-х пленок ЭКГ		
Оценочный лист к практическому навыку «Методика анализа ЭКГ»			
№ п/п	Критерии оценки	Максимальный балл	Полученный балл
I. Подготовка к анализу ЭКГ			
1.	Оценил качество анализируемой ЭКГ. Наличие контрольного милливольта, качество записи (наличие артефактов), количество комплексов PQRS	2	
2.	Проверил наличие на ленте записи ЭКГ фамилии, имени и отчества пациента, его возраста, даты и времени исследования,	2	
II. Анализ ЭКГ			
3.	Оценил скорость движения бумаги	2	
4.	Провел анализ зубцов, интервалов и сегментов PQRS, комплекса QRS	2	
5.	Провел анализ ритма сердца и проводимости.	2	
6.	Определил ЧСС. Для определения ЧСС число сердечных циклов (интервалов RR) за 3 с умножают на 20.	2	
7.	Определил электрическую ось сердца.	2	
8.	Сформулировал электрокардиографическое заключение	2	
9.	Сделал запись, поставил подпись и дату	2	
	Максимальный балл	18	

«5» - 17 - 18 баллов

«4» - 15 - 16 баллов

«3» - 13 - 14 баллов

«2» - 12 и менее баллов

Оценка: _____

Комментарии: _____

Экзаменатор

Подпись

Расшифровка подписи

Задание 2	
Техника регистрации ЭКГ: в 12 отведениях в 12 отведениях у взрослого пациента	
1.	Инструкция. Провести анализ ЭКГ
2.	Оснащение: аппарат ЭКГ, манекен интерактивный
Оценочный лист к практическому навыку «Техника регистрации ЭКГ в 12 отведениях у взрослого пациента»	

№ п/п	Критерии оценки	Максимальный балл	Полученный балл
I. Подготовка к исследованию			
1.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он ее понимает, получил его согласие на исследование	2	
2.	Оценил состояние пациента	2	
3.	Оценил окружающую обстановку	1	
II. Выполнение исследования			
*4.	Проверил безопасность выполнения исследования: работу аппарата ЭКГ, включение в сеть, наличие контактов с электродами, заземлил аппарат и удостоверился в целостности электропроводящих элементов.	2	
5.	Подготовил больного к исследованию: положил в горизонтальное положение на спину, попросил оголить запястья, голени и грудь.	2	
6.	Наложил на электроды электропроводное средство, прикрепил электроды к пациенту	2	
7.	Установил скорость движения бумаги. Сделал калибровочный сигнал (контрольный милливольт).	2	
8.	В правильной последовательности в каждом отведении записал не менее 4-5 комплексов PQRS	2	
9.	По окончании регистрации ЭКГ в 12 отведениях на ленте записи ЭКГ написал фамилию, имя и отчество пациента, его возраст, дату и время исследования,	2	
10.	обесточил аппарат, снял электроды	2	
III. Окончание исследования			
11.	Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно	2	
Максимальный балл		21	

* - Не выполнение пунктов отмеченных звездочкой автоматически ведет к прекращению выполнения манипуляции и неудовлетворительной отметке.

«5» - 19 - 21 баллов

«4» - 17 - 18 баллов

«3» - 15 - 16 баллов

«2» - 14 и менее баллов

Оценка: _____

Комментарии: _____

Экзаменатор

Подпись

Расшифровка подписи

Задание 3					
1 Техника регистрации ЭКГ: в 12 отведениях, по Небу, по Слопаку					
1. Инструкция. Провести анализ ЭКГ					
2. Оснащение: аппарат ЭКГ, манекен интерактивный					
Оценочный лист					
«Техника регистрации ЭКГ: в 12 отведениях, по Небу и Слопаку у взрослого пациента»					
№ п/п	Критерии оценки	максимальный балл	полученный балл		
			12 отв	по Небу	По Слопаку
I. Подготовка к исследованию					
1.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он ее понимает, получил его согласие на исследование	2			
2.	Оценил состояние пациента	2			
3.	Оценил окружающую обстановку	1			
II. Выполнение исследования					
*4.	Проверил безопасность выполнения исследования: работу аппарата ЭКГ, включение в сеть, наличие контактов с электродами, заземлил аппарат и удостоверился в целостности электропроводящих элементов.	2			
5.	Подготовил больного к исследованию: положил в горизонтальное положение на спину, попросил оголить запястья, голени и грудь.	2			
6.	Наложил на электроды электропроводное средство, прикрепил электроды к пациенту	2			
7.	Установил скорости движения бумаги. Сделал калибровочный сигнал (контрольный милливольт).	2			
8.	В правильной последовательности в каждом отведении	2			

	записал не менее 4-5 комплексов PQRS T				
9.	По окончании регистрации ЭКГ в 12 отведениях на ленте записи ЭКГ написал фамилию, имя и отчество пациента, его возраст, дату и время исследования,	2			
10.	обесточил аппарат, снял электроды	2			
III. Окончание исследования					
11.	Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно	2			
	Максимальный балл	21			
	Оценка				

* - Не выполнение пунктов отмеченных звездочкой автоматически ведет к прекращению выполнения манипуляции и неудовлетворительной отметке.

«5» - 19 - 21 баллов

Оценка _____

«4» - 17 - 18 баллов

«3» - 15 - 16 баллов

«2» - 14 и менее баллов

Комментарии: _____

Экзаменатор

Подпись

Расшифровка подписи

Критерии оценки:

«зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

3.5. Примерное задание к написанию учебной истории болезни, критерии оценки (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

Требования к структуре и оформлению учебной карты амбулаторного пациента представлены в виде методических рекомендаций (см. рекомендации)

Критерии и порядок оценки Учебной МКАП

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ УЧЕБНОЙ МКАП				
Критерии оценки				
№	Оцениваемые критерии	Балл от 0 до 2	Максимально возможный балл	Набранный балл
А)	Диагностика заболевания (полнота, правильность описания субъективного и объективного обследования)	0	2	
		1		
		2		
Б)	Формулировка диагноза (полнота, соответствие современным классификациям, кодирование по МКБ-10)	0	2	
		1		
		2		
В)	Ведение пациента (дополнительное обследование, консультации, лечение, оценка состояния в динамике)	0	2	
		1		
		2		
Г)	Оценка нетрудоспособности (выявление признаков нетрудоспособности, определение сроков временной нетрудоспособности)	0	2	
		1		
		2		
Д)	Качество оформления (умение оформить работу в соответствии с графами, правильность оформления листка нетрудоспособности).	0	2	
		1		
		2		
ИТОГОВЫЙ БАЛЛ				
0 баллов – полное невыполнение критерия				
1 балл – частичное невыполнение, выполнение с ошибками				
2 балла - критерий выполнен полностью				
Отлично»: 9-10 баллов				
«Хорошо»: 7-8 баллов				
«Удовлетворительно» - 5-6 баллов				
«Неудовлетворительно» - 4 и менее баллов				

Критерии оценки:

«отлично» - работа полностью соответствует правилам оформления амбулаторной карты с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания, сформулирован клинический диагноз с учетом МКБ, назначены патогенетически оправданные методы диагностики, проведен дифференциальный диагноз с инфекционной и неинфекционной патологией, интерпретированы методы специфической диагностики, осуществлен алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, профилактических мероприятий. Ординатор свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических аспектов. Назначено адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

«хорошо» - работа полностью соответствует правилам оформления амбулаторной карты с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов, формулировке клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза, назначении патогенетически оправданных методов диагностики и алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов.

«удовлетворительно» - работа не полностью соответствует правилам оформления амбулаторной карты. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Имеются неточности при формулировке клинического диагноза, выделении основной и сопутствующей патологии, назначении методов диагностики и лечения. Не сделано заключение по дифференциальному диагнозу и оценке лабораторных данных.

«неудовлетворительно» - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов и формулировке диагноза, составлении плана обследования и лечения, неправильно интерпретированы лабораторные данные и проведен дифференциальный диагноз. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

3.6 Примерный шаблон клинического кейса с методикой оценки (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска, суммарный СС риск
Э	-	
1		
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Целевые показатели факторов риска
Э	-	

Задание состоит из следующих элементов:

Основная часть - условие задачи

Вопросы, их количество принято равным 5

По каждому вопросу:

- Описание эталонного ответа
- Оценочные рубрики – требования к ответу для каждого числа баллов.
- По вопросам может быть 3 варианта оценки:
- 2 балла (правильный обоснованный ответ),
- 1 балл (частично правильный или неполный ответ),
- 0 баллов (неверный ответ или ответ отсутствует).

Сумма баллов 10-9 баллов – оценка «отлично»;

8-7 – «хорошо»

6-5 – «удовлетворительно»

4 и менее – «неудовлетворительно».

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1 Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	30
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	30
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	40
Всего тестовых заданий	50
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценка «зачтено» по результатам тестирования является основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

4.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Прием практических навыков осуществляется путем демонстрации выполнения навыка и его оценки в соответствии с оценочным листом.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

4.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации. Отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает ситуационные задачи. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (задачи).

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в ситуационной задаче вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам ситуационной задачи. Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные/экзаменационные ведомости и представляются в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

4.4. Методика проведения текущего контроля по тестовым заданиям соответствует общепринятой – в начале занятия, возможно в конце (в зависимости от поставленной цели) выдаются тестовые задания и определяется процент правильных ответов – 70% - соответствует «зачтено», менее 70% - «не зачтено».

4.5. Методика проведения текущего контроля по составлению клинического кейса – Обучающиеся демонстрируют составленные клинические кейсы (презентации), идет их взаимооценка обучающимися, оценка преподавателем и доработка при необходимости. Проверяется не только правильность формулировки диагноза, но и соответствие эталонов ответов современным порядкам, стандартам и клиническим рекомендациям.

4.6. Методика проведения текущего контроля по проверке МКАП.

МКАП проверяется преподавателем с заполнением оценочного листа. При выявлении несоответствий записей - выносятся соответствующие коррективы и обсуждаются ошибки.